

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union- Discipline- Travail



MINISTERE DE LA SANTE ET  
DE L'HYGIENE PUBLIQUE



PROGRAMME NATIONAL DE  
LUTTE CONTRE LE PALUDISME



**RAPPORT DE LAREVUE DE  
PERFORMANCE DU PROGRAMME  
NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE  
PALUDISME DE LA COTE D'IVOIRE**

**Mai 2017**

## SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>8</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>9</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>10</b>
6.2 Orientations stratégiques futures (nouveau PSN 2016-2020).....	18
6.3 <i>Recommandations</i> .....	19
<b>CHAPITRE 1: INTRODUCTION.....</b>	<b>22</b>
1.1 Contexte de la lutte contre le paludisme .....	22
1.1.1 Situation géographique, climat et transmission du paludisme.....	22
1.1.2 Situation démographique.....	24
1.2 Système national de santé .....	24
1.2.1 Organisation du système de santé.....	24
❖ <b>Au plan administratif</b> .....	24
❖ <b>Au plan de l'offre de soins</b> .....	24
1.2.2 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement.....	25
1.2.3 Programme National de Lutte contre le Paludisme.....	25
1.2.4. Revue de performance du programme de lutte contre le paludisme.....	26
<b>CHAPITRE 2 : PROGRES VERS LES OBJECTIFS D'IMPACT</b>	
<b>EPIDEMIOLOGIQUE ET ENTOMOLOGIQUE DU PALUDISME .....</b>	<b>29</b>
2.1 Résultats .....	29
2.1.1 Progrès vers l'impact épidémiologique du PSN 2012-2015 .....	29
2.1.2 Progrès vers l'impact entomologique du PSN.....	30
2.2 Facteurs facilitants et contraignants .....	32
2.2.1 Facteurs facilitants.....	32
2.2.2. Facteurs contraignants.....	33
2.3 Conclusion et recommandations .....	33

2.3.1 Conclusion.....	33
2.3.2 Recommandations .....	33
<b>CHAPITRE 3 : FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME .....</b>	<b>34</b>
3.1 Résultats .....	34
3.1.1 Analyse du paysage du financement de la lutte contre le paludisme .....	34
3.1.2 Analyse des dépenses du paludisme dans le contexte des besoins budgétaires .....	34
Le taux moyen de mobilisation de 2012 à 2015 est de 54%. Toutefois le taux moyen d'absorption est important, soit 95 % des ressources mobilisées.....	35
3.2 Facteurs facilitants et Facteurs contraignants .....	36
3.2.1 Facteurs facilitants.....	36
3.2.2 Facteurs contraignants .....	36
3.3 Conclusion et recommandations.....	36
3.3.1 Conclusion .....	36
3.3.2 Recommandations.....	36
<b>CHAPITRE 4 : CAPACITES DU PROGRAMME A METTRE EN OEUVRE LES ACTIVITES PLANIFIEES 2012-2015.....</b>	<b>36</b>
4.1 Résultats .....	36
4.1.1 Etat de mise en œuvre des activités du PSN .....	36
4.1.2. Facteurs facilitants et contraignants .....	37
4.1.3. Etat de la mise en œuvre des recommandations de la revue à mi-parcours du programme en 2014	38
4.1.4. Facteurs facilitants et contraignants de la mise en œuvre des recommandations.....	39
4.2 Conclusion et recommandations .....	39
<b>CHAPITRE 5: EFFICACITE DU SYSTEME DE SANTE A OFFRIR DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....</b>	<b>40</b>
5.1 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la lutte anti vectorielle (LAV) ...	40
5.2 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la Chimio prévention.....	43
5.3 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la prise en charge des cas de paludisme.....	45
5.4 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la Gestion des Achats et Stocks (GAS) .....	50
5.5 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la communication sociale et le changement de comportement (CCC).....	53

5.6 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de préparation et de la riposte aux catastrophes .....	54
5.7 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle (SS&E/RO) .....	55
5.8 Fonctionnalité du système d'appui à la gestion du programme.....	59
<b>CHAPITRE 6 : IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES DES LECONS APPRISES LORS DE LA MISE EN OEUVRE DU PSN 2012-2015 .....</b>	<b>62</b>
6.1 Leçons apprises de la mise en œuvre du PSN 2012-2015 (AIDE MEMOIRE°).....	62
6.3 Orientations stratégiques futures (nouveau PSN 2016-2020).....	63
6.3 Recommandations.....	64
<b>REFERENCES.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>68</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>CAP</b>	Connaissances, Attitudes et Pratiques
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanism
<b>CECI</b>	Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CPN</b>	Consultation Prénatale
<b>CNCAM</b>	Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnement des Médicaments essentiels
<b>CRD</b>	Centre de Recherche pour le Développement
<b>CS</b>	Centre de Santé
<b>CSE</b>	Chargé de la Surveillance Epidémiologique
<b>CSR</b>	Centre de Santé Rural
<b>CSU</b>	Centre de Santé Urbain
<b>CTA</b>	Combinaison Thérapeutique à base de dérivés de l'Artémisinine
<b>DD</b>	Directeur Départemental
<b>DPPEIS</b>	Direction de la Planification, de la Programmation, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire
<b>DPML</b>	Direction des Pharmacies, des Médicaments et des Laboratoires
<b>DR</b>	Directeur regional
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSC</b>	Direction de la Santé Communautaire
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EI</b>	Evènement Indésirable
<b>ERS</b>	Equipe Régionale de Santé
<b>ESPC</b>	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
<b>FS</b>	Frottis Sanguin
<b>HG</b>	Hôpital Général
<b>GE</b>	Goutte Epaisse
<b>GFA</b>	Cellule Fludiciaire
<b>GSA</b>	Groupe Scientifique d'Appui
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IEC/CCC</b>	Information Education Communication/ Communication pour le Changement de Comportement
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Publique

<b>IPR</b>	Institut Pierre Richet
<b>IRD</b>	Institut de Recherche et de Développement
<b>FM</b>	Fonds mondial
<b>FMSTP</b>	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
<b>LAV</b>	Lutte Anti-Vectorielle
<b>LMG</b>	Leadership, Management et Gouvernance
<b>MILDA</b>	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée Action
<b>MICS</b>	Multiple Indicator Cluster Survey
<b>NPSP</b>	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PDL +</b>	Programme de Développement du Leadership Plus
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PECADOM</b>	Prise en Charge à Domicile
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
<b>PI/H/AN</b>	Piqûres Infestantes par Homme et par An
<b>PID</b>	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
<b>PMI</b>	President’s Malaria Initiative
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>RASS</b>	Rapport Annuel sur la situation Sanitaires
<b>RBM</b>	Roll Back Malaria
<b>S&amp;E</b>	Suivi et Evaluation
<b>SP</b>	Sulfadoxine / Pyriméthamine
<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>TIC</b>	Technologie de l’Information
<b>TIE</b>	Taux d’Inoculation Entomologique
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TRaC</b>	Tracking Results Continuously
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
<b>VII</b>	Virus de l’Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Indicateurs démographiques issus du RGPH 2014 .....	24
Tableau II: Distribution de la population à risque de paludisme par strate.....	30
Tableau III : Tendances des contributions à la lutte contre le paludisme de 2012 à 2015 ....	34
Tableau IV: Tendances des ressources mobilisées et décaissements de 2012 à 2015 .....	34
Tableau V : Evolution du budget mobilisé de 2012 à 2015 .....	35
Tableau VI: Etat de mise en œuvre des activités du PSN 2012-2015 .....	37
Tableau VII: Niveau de mise en œuvre des recommandations de la revue à mi-parcours ...	38
Tableau VIII: Prévision, acquisition et distribution des MILDA de 2012 à 2015 .....	41
Tableau IX: Progrès des indicateurs d'effet.....	41
Tableau X: Taux de couverture en TPI de 2012 à 2015.....	44
Tableau XI: Prévision et consommation de la SP de 2012 à 2015 ; % d'ESPC en rupture de stock de SP .....	44
Tableau XII: Evolution des indicateurs de résultat de la prise en charge des cas de paludisme de 2012 à 2015 .....	46
Tableau XIII: Prévision et consommation des TDR et CTA de 2012 à 2015 ; % d'ESPC en rupture de stock de TDR et CTA.....	47
Tableau XIV: Répartition des notifications d'événements indésirables par type de prestataire .....	47
Tableau XV: Evolution des indicateurs de disponibilité des CTA et intrants de lutte contre le paludisme de 2012 à 2015 .....	51
Tableau XVI: Evolution des indicateurs de suivi et évaluation des activités .....	56

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Zones climatiques de la Côte d'Ivoire .....	23
Figure 2: Evolution de l'incidence du paludisme en Côte d'Ivoire 2012-2015 .....	29
Figure 3: Mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5ans entre 2012 et 2015 .....	30
Figure 4: Cartographie de la résistance phénotypique des <i>Anopheles gambiae sll</i> aux pyréthrinoïdes en Côte d'Ivoire .....	32
Figure 5: Répartition des évènements indésirables notifiés par classe thérapeutique.....	48

## **LISTE DES ANNEXES**

- Rapport de la revue interne
- Rapport de la revue externe
- Base de données de la revue externe

## RESUME

### 1. Introduction

La revue de programme de lutte contre le paludisme est un processus d'évaluation du programme qui se fait avec un ensemble d'outils de collecte d'information sur la mise en œuvre programme fondée sur des preuves de la situation du paludisme et du rendement de programme d'un pays. Elle permet à termes de renforcer le programme pour de meilleurs résultats et impacts.

Les objectifs de la revue de performance du PNLN étaient les suivants :

- Évaluer les progrès du programme national de lutte contre le paludisme vers les cibles d'impact épidémiologiques et entomologiques au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées en vue de l'impact accru ;
- Examiner le niveau de financement du programme national du paludisme au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées en vue de financement optimal ;
- Examiner la capacité du programme national de lutte contre le paludisme pour mettre en œuvre les activités prévues au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées en vue de la capacité optimale pour la mise en œuvre du programme ;
- Examiner la réalisation des objectifs, l'atteinte des résultats du programme au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées pour la prestation optimale des services de lutte contre le paludisme ;
- Définir les implications de programmation des leçons apprises dans la mise en œuvre du Plan National Stratégique (PSN) de lutte contre Paludisme ;
- Elaborer le rapport de la revue et l'aide-mémoire ;
- Elaborer le nouveau PSN 2016-2020 de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

### 2- Progrès vers l'impact sur les cibles épidémiologiques et entomologiques du PSN

#### ▪ 2.1- Résultats

L'incidence du paludisme sur la période 2012-2015 a varié selon les cibles. Chez les enfants de moins de 5 ans on note une régression de 352 ‰ à 292 ‰ avec un pic (446 ‰) en 2014 lié à la mise en œuvre des activités communautaires (PECADOM dans 51 districts sanitaires) et stratégies avancées (quartiers précaires et villages).

La proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre en 2015 selon l'enquête de santé à indicateurs multiples (MICS 2016) est de 37% contre 42% en 2012.

Dans la population générale, l'incidence est passée de 120 ‰ à 155 ‰ avec un pic de 164 ‰ en 2014 pouvant s'expliquer par la surestimation de la population générale faite par extrapolation avant le RGPH de 2014.

La mortalité hospitalière spécifique du paludisme dans la population générale a connu également une régression en passant de 14 pour 100 000 en 2013 à 11 pour 100 000 en fin 2015.

#### ▪ 2.2. Conclusion

Le niveau des indicateurs épidémiologiques s'est amélioré au cours de la mise en œuvre du PSN 2012-2015 avec une baisse de 3 points pour la mortalité hospitalière spécifique, 60 points pour la morbidité chez les moins de 5 ans. La prévalence parasitaire a également baissée de même que la transmission vectorielle du paludisme de 104 pi/h/an.

Ces résultats ont été rendus possibles grâce à l'amélioration de la couverture des interventions de prévention et de prise en charge du paludisme. Toutefois ces efforts n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés dans le PSN.

### ▪ **2.3. Recommandations**

- Etendre la distribution en routine de MILDA aux enfants de 1 à 5ans ;
- Renforcer la communication et la mobilisation sociale en faveur de l'utilisation des services et l'adoption des mesures de lutte contre le paludisme par l'implication des guides religieux, des groupements féminins, des collectivités locales, etc;
- Mettre à échelle la prise en charge communautaire intégrée dans tous les districts sanitaires en vue de traquer, tester et traiter tous les cas de paludisme dans toutes les localités du pays ;
- Introduire les autres interventions de lutte antivectorielle telles que la Pulvérisation Intra domiciliaire (PID), la lutte Anti larvaire (LAL) et l'utilisation des grilles anti moustiques aux ouvertures des habitations ;
- Renforcer la chaîne logistique et la gestion efficace des stocks au niveau opérationnel ;
- Développer une approche stratifiée pour une mise en œuvre adéquate des interventions ;
- Réaliser des enquêtes entomologiques sur les sites sentinelles chaque deux ans;
- Introduire l'utilisation d'artésunate suppositoires en pré-transfert des cas graves chez les enfants de moins de 5ans par les ASC.

## ***3- Financement du programme national de lutte contre le paludisme***

### ▪ **3.1- Résultats**

La part du budget de la santé alloué à la lutte contre le paludisme est passée de 24 Milliards (6,85%) de Francs CFA en 2012 à 55 Milliards (12,72%) de Francs CFA en 2015 ([PNDS 2012-2015, page 58](#)) ;

La mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme bénéficie de l'appui financier direct de plusieurs partenaires. Cependant cette contribution repose principalement sur l'Etat et le FM respectivement à hauteur de 18% et 81% ;

L'analyse du financement du PSN révèle un écart d'environ 43% correspondant à un niveau faible de mobilisation des ressources.

### ▪ **3.2. Conclusion**

Il ressort de l'analyse des différents tableaux que le taux de mobilisation des ressources est insuffisant bien qu'il y ait plusieurs sources de financement.

Par ailleurs le niveau élevé du taux d'absorption des ressources montre la bonne mise en œuvre des activités.

Pour assurer la pérennité de la lutte contre le paludisme l'État devrait accroître d'avantage les ressources allouées à la lutte.

### ▪ **3.3. Recommandations**

Intensifier la mobilisation des ressources par un élargissement des partenaires financiers (internationaux, nationaux, privés, public... ) ;

Renforcer la capacité des DRS, DDS à la mobilisation des ressources locales dans un esprit

de multisectorialité.

#### **4- Capacités du PNLP à mettre en œuvre les activités planifiées**

##### **4.1- Résultats**

La performance de programme dans la mise en œuvre des activités planifiées du plan de travail du PSN sur la période 2012-2015 est moyenne (58%). Par ailleurs sur 28 recommandations formulées lors de la revue à mi-parcours, 22 ont été complètement réalisées soit un taux de réalisation des recommandations à mi-parcours de 79%.

Ce taux de réalisation des activités reste relativement faible par rapport au résultat attendu (80%).

##### **4.2 Conclusion**

L'objectif visé de 80% de taux d'exécution du plan de travail du PSN n'a pas été atteint.

Des difficultés de financement, de retard dans la contractualisation, de planification et d'anticipation sur les conflits de calendrier ou de chevauchement des activités ont été enregistrées lors de la mise en œuvre et ont parfois retardé la réalisation à temps des activités planifiées. En

##### **4.3 Recommandations**

- Organiser des sessions de validation conjointe des accords de subvention en début de subvention avec toutes les parties prenantes ;
- Développer un plan de mobilisation des ressources pour couvrir les gaps ;
- Partager avec les parties prenantes les chronogrammes de réalisation des activités ;
- Intégrer les structures privées autorisées mais non affiliés à l'ACPCI et à la CECI ainsi que les hôpitaux militaires dans la mise en œuvre des activités du PSN ;
- Mettre en place un pool de personnes ressources externes pour appuyer en cas de nécessité le personnel du PNLP dans la mise œuvre de certaines activités ;
- Organiser dès l'adoption des plans de travail annuel, un atelier de validation des termes de référence avec les parties prenantes
- Renforcer la communication à travers les médias et autres canaux de communication.

#### **5- Efficacité du système de santé pour l'offre des services de lutte contre le paludisme**

##### **5.1- Niveau d'atteinte des cibles de la lutte contrôle les vecteurs**

##### **5.1.1- Résultats**

Proportion des ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes est passé de 31% en 2012 à 47% en 2015 soit un gain de 16 points ;

La proportion de population ayant dormi sous une MILDA est passée de 33% en 2012 à 50% en 2015 soit une augmentation de 17 points en 4ans ;

La proportion d'enfants de moins de 5ans ayant dormi sous une MILDA a augmentée significativement de 22,20 points en 4ans passant de 37% en 2012 à 59,20% en 2015 ;

Par contre l'utilisation de la MILDA est resté stagné à 40% sur la période 2012-2015 ;

Bien qu'inscrites dans le document de politique et le plan stratégique, la LAL n'a pu être mise en œuvre faute de financements.

#### ▪ **5.1.2. Conclusion**

Malgré les efforts réalisés, l'utilisation de la MILDA reste encore un défi à relever. La mise en œuvre des autres interventions de lutte anti vectorielles telles que la PID et LAL doit être encouragée.

#### ▪ **5.1.3. Recommandations**

- Mobiliser des ressources complémentaires pour la mise en œuvre des autres interventions de lutte anti vectorielle (PID, LAL);
- Encourager l'appropriation de la lutte anti vectorielle par les communautés ;
- Stratifier les interventions de lutte anti vectorielle sur la base du risque palustre ;
- Impliquer les guides religieux et les autres leaders communautaires dans la communication pour le changement de comportement ;
- Impliquer les groupements féminins dans les activités de suivi de l'utilisation des MILDA ;
- Renforcer la collaboration avec le secteur privé dans la distribution des MILDA.

### ***5.2- Niveau d'atteinte des cibles de la chimio prévention***

#### ▪ **5.2.1- Résultats**

Le pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de SP est passé de 41% en 2013 à 54% en 2015, soit un gain de 13 points.

Selon les dernières recommandations de l'OMS relative à l'introduction d'une troisième dose de la SP chez la femme enceinte, le PNLP s'est fixé une cible de 15% de couverture pour la première année de mise en œuvre, un taux de 11% été atteint en 2015

#### ▪ **5.2.2. Conclusion**

Des progrès significatifs ont été obtenus dans la mise en œuvre du TPI chez les femmes enceintes, cependant des efforts restent à fournir pour relever le défi de la couverture universelle en SP chez la femme

#### ▪ **5.2.3. Recommandations**

- Renforcer la communication sur la CPN et le TPI à l'endroit des femmes enceintes et de leur conjoint ;
- Renforcer la sensibilisation des leaders communautaire sur l'importance des CPN précoces ;
- Renforcer la collaboration avec le secteur privé dans la mise en œuvre du TPI ;
- Intensifier les activités en stratégies avancées prenant en compte le TPI ;
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement de la SP à tous les niveaux ;
- Doter les ESPC de matériel pour la mise en œuvre de la stratégie DOT.

### ***5.4- Niveau d'atteinte des cibles du diagnostic et du traitement des cas de paludisme***

#### ▪ 5.4.1- Résultats

Le taux de confirmation des cas testés est passé de 73% en 2012 à 82% en 2015.

Le nombre de cas de paludisme simple confirmé recevant un traitement correct a doublé passant de 1 860 825 cas en 2012 à 3 615 280 en 2015. Cela s'explique par la mise à échelle des interventions.

Les notifications des événements indésirables selon les données de la DPML ont concernées toutes les classes thérapeutiques, cependant les antipaludiques sont représentés par une forte proportion.

#### ▪ 5.4.2. Conclusion

Le renforcement de compétence des acteurs, la mise à disposition des outils de diagnostic et la mise en œuvre de la PCIME (Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) au niveau communautaire ont permis de confirmer les cas avant l'administration de traitement.

#### ▪ 5.4.3. Recommandations

- Organiser régulièrement les activités de sensibilisation par les ASC ;
- Renforcer les capacités des acteurs du niveau opérationnel sur la gestion des antipaludiques et autres intrants ;
- Intensifier la sensibilisation des acteurs sur la pharmacovigilance ;
- Renforcer la communication autour de la pharmacovigilance ;
- Renforcer les missions de coaching des points focaux de pharmacovigilance ;
- Impliquer les autres structures dans la transmission des fiches de notification ;
- Définir au plan national le statut des ASC ;
- Améliorer l'approvisionnement et la gestion des antipaludiques et autres intrants ;
- Procéder à des redéploiements de stock entre les structures pour assurer une meilleure disponibilité des antipaludiques et autres intrants ;
- Organiser des séances de coaching des pharmaciens des districts et des hôpitaux de référence par le pharmacien de région.

### *5.5- Niveau d'atteinte des cibles de la Gestion des Achats et des Stocks (GAS)*

#### ▪ 5.5.1- Résultats

Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture eb CTA, TDR et MILDA est en moyenne de 70% . Ce résultat révèle une faible disponibilité des intrants au site de prestations

#### ▪ 5.5.2. Conclusion

Les indicateurs de résultats du système GAS dans le PSN se sont améliorés pour les CTA de 2012 à 2015 avec une diminution des ruptures de stock.

Cependant des efforts restent à faire pour atteindre un niveau d'impact satisfaisant dans la chaîne d'approvisionnement. La nomination des pharmaciens de région et la création de la CNCAM sont des atouts sur lesquels le PNLP devra s'appuyer pour relever le défi de la chaîne d'approvisionnement et de la gestion des intrants.

### ▪ **5.5.3. Recommandations**

- Renforcer les missions d'évaluation et de contrôle de la gestion des antipaludiques et autres intrants au niveau périphérique (méthode ABC, Enquête EUV, supervision) ;
- Prévoir un appui logistique aux districts pour l'approvisionnement des ESPC et pour le redéploiement des stocks ;
- Former les pharmaciens de DS et d'hôpitaux aux procédures de gestion des antipaludiques et autres intrants ;
- Mettre à contribution les pharmaciens de région pour renforcer la qualité des commandes et la gestion des intrants au niveau opérationnel avant leur transmission à la NPSP ;
- Rendre disponible les outils de gestion de stock dans toutes les structures de santé ;
- Améliorer les outils de collecte et d'analyse des données logistiques au cours réunions trimestrielles de validation ;
- Améliorer la mise en œuvre des activités de la NPSP

## ***5.6- Niveau d'atteinte des cibles du plaidoyer, mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement***

### ▪ **5.6.1- Résultats**

En 2013, selon le rapport de l'enquête Tracking Results Continuously (TRAC)

- 89,8% de la population de 18 ans et plus, a déjà entendu parler du paludisme ;
- 93,7% des personnes informées sur le paludisme savent que la cause est la piqûre de moustiques,
- 78,5% des personnes informées du paludisme ont identifié la MILDA comme moyen de prévention du paludisme.

Cependant :

- Il n'existe pas de personnel qualifié en charge de la communication dans les DS et dans les services;
- Insuffisance d'outils d'IEC et CCC;
- Pas de plan de communication sur le paludisme disponible dans les districts.
- Insuffisance d'outils pédagogiques qui se résument dans la quasi-totalité aux affiches et dépliants.

### ▪ **5.6.2. Conclusion**

La population a une bonne connaissance du paludisme et de son mode de transmission (93,7%) ainsi que de la MILDA comme moyen de prévention (78,5%). Cependant le taux d'utilisation des mesures de prévention reste moyen malgré les efforts enregistrés entre 2012 et 2015.

### ▪ **5.6.3. Recommandations**

- Assurer une couverture adéquate des districts en ASC pour la communication de proximité ;
- Réaliser des études sur les déterminants de l'utilisation des moyens de prévention par les populations ;
- Renforcer la communication de proximité par l'implication des leaders communautaires ;
- Explorer d'autres canaux de communication (sites web, écran publicitaire, transporteurs, réseaux sociaux, etc.).

## ***5.7- Niveau d'atteinte des cibles de la préparation et de la riposte contre les épidémies de paludisme***

### **5.7.1- Résultats**

Deux situations d'urgences se sont présentées au cours de la période 2012-2015 qui ont bénéficiés de l'intervention du PNLP. Il s'agit de:

- Déplacés du mont Péko à l'ouest de la Côte d'Ivoire
- Déplacés de l'inondation de Grand Lahou en région côtière.

Pour ces 2 situations, des distributions ponctuelles de masse de MILDA et la PEC des cas en urgence ont été faites

### **5.7.2. Conclusion**

Le paludisme sévit de façon endémique en Côte d'Ivoire, cependant les situations de catastrophes peuvent exposer les populations.

### **5.7.3. Recommandations**

Prendre en compte du volet prévention et prise en charge du paludisme dans le plan ORSEC.

## ***5.8- Niveau d'atteinte des cibles de la Surveillance, Monitoring et Evaluation:***

### **5.8.1- Résultats**

En 2015, la promptitude et la complétude des rapports étaient respectivement 100%. De même 100% des études de recherche planifiées ont été réalisées.

Cependant on note :

- Une insuffisance de matériels pour l'archivage des données;
- Insuffisance d'analyse des données aussi bien dans les ESPC que dans les hôpitaux de référence;
- Une insuffisance dans l'archivage des rapports/données
- Une faiblesse du système d'assurance et qualité des laboratoires du CHR, HG

### **5.8.2. Conclusion**

Des progrès significatifs ont été obtenus dans la mise en œuvre des activités, cependant des efforts restent à fournir pour relever les défis liés au S&E et à la recherche.

### **5.8.3. Recommandations**

- Doter le PNLP d'outil TIC (un serveur) pour l'amélioration de la gestion des données ;
- Améliorer la validation et la collecte des données ;
- Mettre à jour la base de données sur les résultats de recherches sur le paludisme ;
- Augmenter le financement alloué à la recherche ;
- Susciter des consortiums thématiques ;
- Sensibiliser les prestataires à la notification des Evènements Indésirables.

## ***5.9 Niveau d'atteinte des cibles de la fonctionnalité de la gestion du programme***

### ▪ 5.9.1- Résultats

Au niveau national, il existe un cadre législatif à travers l'arrêté portant création, organisation et fonctionnement du PNLP (arrêté N°311 du 04 octobre 2007). Le PNLP dispose d'un bâtiment en location qui fait office de siège pour la Direction de coordination du programme.

Le PNLP dispose d'un document de politique, d'un plan stratégique et de directives pour la lutte contre le paludisme.

La lutte contre paludisme est une priorité pour le ministère en charge de la santé car elle est inscrite dans les différents plans nationaux de développement sanitaire. Par ailleurs, l'Etat de Côte d'Ivoire et ses partenaires ont contribué au financement des interventions du programme. La tendance à la hausse de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé au cours des cinq dernières années s'est ressentie également au niveau du programme national de lutte contre le paludisme. Comme tous les programmes de santé, le PNLP est directement rattaché à la Direction Générale de la Santé (DGS).

La revue a noté que tous les partenaires de soins ont accès aux données et directives sur la lutte contre le paludisme dans le pays.

Cette disponibilité est décroissante du niveau central au niveau périphérique avec seulement 33% (3/9) des structures sanitaires enquêtées qui disposent des directives. On note également :

- Une faible intégration des activités avec les autres programmes du ministère en charge de la santé ;
- Une insuffisance de Coordination interministérielle de la lutte contre le paludisme (Ministère de la salubrité urbaine, assainissement et environnement, santé des armées et de la police, agriculture, intérieur, etc) ;
- Un déficit d'appropriation de la lutte contre le paludisme au niveau décentralisé (conseils régionaux etc).

### ▪ 5.9.2. Conclusion

La lutte contre le paludisme est reconnue comme une priorité de développement par l'ensemble des acteurs et des partenaires. Bien qu'il existe des documents stratégiques pour mener à bien cette lutte, on note une faible intégration des activités avec les autres programmes du ministère en charge de la santé, une insuffisance de Coordination interministérielle de la lutte contre le paludisme (Ministère de la salubrité urbaine, assainissement et environnement, santé des armées et de la police, agriculture etc, intérieur) et une faible appropriation de la lutte contre le paludisme au niveau décentralisé se traduisant par faibles diffusion des directives et faibles coordination de la lutte au niveau opérationnelle.

### ▪ 5.9.3. Recommandations

- Assurer la distribution avec accusé de réception des normes et directives au cours ;
- Former les prestataires sur les directives de prise en charge avant leur mise en fonction dans les établissements ;
- Actualiser l'organigramme du PNLP lors de l'élaboration du nouveau PSN ;
- Elaborer une cartographie des parties prenantes de la lutte contre le paludisme ;

- Faire le plaidoyer auprès des autorités et des partenaires pour la construction d'un siège pour le PNLN.

## **6- Implications programmatiques des leçons apprises dans la mise en œuvre du PSN 2012-2015**

### **6.1- Leçons apprises**

- ❖ Le recours sans délai aux autorités hiérarchiques en cas de goulots d'étranglements permet la prise de décision efficace et prompte.
- ❖ Le renforcement de la communication en amont, pendant et après les interventions avec les parties prenantes permet la réussite.
- ❖ Conférer la gestion financière des missions de validation de données aux gestionnaires des districts pour faciliter une meilleure focalisation des experts programmatiques sur la vérification et la consolidation des données.
- ❖ Le processus de validation conjointe des termes de référence des activités en début de subvention facilite la mise en œuvre.
- ❖ La mise en place d'un comité de pilotage fonctionnel de la campagne de distribution des MILDA regroupant toutes les parties prenantes au plus haut niveau assure la mise en œuvre optimale
- ❖ La contractualisation avec le secteur privé notamment les transporteurs pour l'approvisionnement des sites de distribution de MILDA est un facteur clé de réussite pour la distribution des moustiquaires aux bénéficiaires ;
- ❖ L'institution d'une émission télévisée sur la chaîne nationale (dénommée petit à petit) sur le paludisme contribue à sensibiliser les écoliers et la population en général à la prévention et la connaissance de la maladie
- ❖ L'organisation tous les 2 ans d'un colloque scientifique sur le paludisme contribue au partage des connaissances des résultats de la recherche
- ❖ La mise en œuvre des stratégies avancées et la prise en charge du paludisme dans les quartiers précaires permettent d'atteindre les populations les plus démunies et situées à plus de 5 km d'un centre de santé

### **6.2 Orientations stratégiques futures (nouveau PSN 2016-2020)**

Au terme de la revue du programme, les parties prenantes ont recommandé les orientations stratégiques suivantes :

#### **❖ Lutte anti vectorielle**

- Maintenir les stratégies de LAV mises en œuvre (MILDA, assainissement,...)
- Etendre la cible de la distribution de routine aux enfants de 1 à 5 ans
- Mettre à échelle les campagnes de démoustication
- Assurer un accès universel aux MILDA en ce qui concerne la couverture et l'utilisation
- Renforcer les mesures de prévention à travers la mise en œuvre de la PID et de LAL dans les districts prioritaires

#### **❖ Chimio-prévention**

- Intensifier le TPI à travers les stratégies avancées et la recherche des perdues de vue
- Promouvoir la stratégie DOT dans le cadre du TPI
- Renforcer la sensibilisation des femmes enceintes sur l'importance des CPN
- Intégrer les indicateurs sur le TPI dans ceux du PBF
- Assurer un accès universel au TPI et à la SP en ce qui concerne la couverture.

#### **❖ Prise en charge des cas**

- Atteinte de la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement) au niveau de toutes les structures sanitaires publiques et privées
- Renforcer les stratégies avancées dans les districts en vue d'offrir les prestations de prise en charge et de prévention aux populations situées dans les localités d'accès difficiles
- Passage à échelle de l'iCCM pour atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans la communauté chez les enfants de moins de 5 ans.
- Renforcer le système national de pharmacovigilance
- Atteindre le chiffre de 0 rupture en médicaments et Intrants de Lutte contre le Paludisme (ILP)

#### ❖ **Communication sociale pour le changement de comportement (CCC)**

- Utiliser les autres canaux de communication (réseaux sociaux, écrans publicitaires,...)
- Rechercher le financement auprès des collectivités locales pour soutenir l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le paludisme.
- Mettre à échelle la sensibilisation sur le paludisme dans le milieu scolaire

#### ❖ **Surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle**

- Rendre systématique tous les 2 ans des enquêtes sur les sites sentinelle RO
- Initier des études sur les nouvelles méthodes de lutte contre le paludisme
- Evaluer in vitro des antipaludiques et l'étude des marqueurs de résistance (DHFR, DHPS, K13 Propeller,...)
- Instituer un contrôle de qualité des TDR sur toute la chaîne d'approvisionnement
- Initier des études CAP des usagers sur l'utilisation des ILP
- Renforcer le système de S&E y compris le suivi de l'efficacité thérapeutique, la pharmacovigilance et le suivi de la résistance

#### ❖ **Gestion du programme**

- Auto évaluation du programme
- Renouveler et accroître le parc auto
- Identifier un local approprié
- Prévoir les cas de forces majeures dans la mise en œuvre des activités
- Intégrer dans le RSS, un plan de motivation des ressources humaines
- Décentraliser la coordination du PNLP par la création d'antennes dans les régions
- Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs de lutte contre le paludisme

### **6.3 Recommandations**

#### ❖ **Progrès vers l'impact sur les cibles épidémiologiques et entomologiques du PSN**

- Intensifier les stratégies développées sur la période 2012-2015:
- Prévention par MILDA (routine chez enfants moins d'un an et FEE dans les secteurs publics et privés; campagne de masse)
- Diagnostic par TDR et GE dans les secteurs publics et privés non lucratif
- Prise en charge paludisme dans les secteurs publics et privés non lucratif
- Plaidoyer et IEC/CCC: masse; proximité
- Gestion des achats et des stocks
- Suivi & Evaluation
- Gestion de la Subvention

- Mettre en œuvre les stratégies planifiées et non développées sur la période 2012-2015: PID et LAL
- Etendre l'iCCM aux 83 districts y compris les quartiers précaires d'Abidjan et San-Pédro
- Etendre l'implication des structures privées autorisées et non affiliées à l'ACPCI dans les activités de distribution des MILDA et de dispensation de la SP ainsi que dans l'application des directives nationales de prises en charge des cas
- Développer une approche stratifiée dans la mise en œuvre des interventions de lutte axées sur la classification de la prévalence

#### ❖ **Financement du programme national de lutte contre le paludisme**

- Faire un plaidoyer pour l'accroissement du financement de l'Etat
- Organiser une table ronde biennale pour la mobilisation de nouveaux financements : PMI, secteur privé (minier, agro-alimentaire....)
- Valoriser les apports du secteur privé dans le partenariat public-privé avec le PNLP
- Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales pour le partage des coûts pour certaines activités (location de salle, stockage, transport, sécurité...).

#### ❖ **Capacités du PNLP à mettre en œuvre les activités planifiées**

- Organiser des sessions conjointes PNLP, Sous bénéficiaire, Service Juridique du MSHP et bailleurs de fonds pour la validation des conventions et cadres de collaboration dès la signature des subventions
- Renforcer les ressources humaines du PNLP: recruter 1 gestionnaire de données, 1 Entomologiste et 1 spécialiste logistique
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation du personnel PNLP (fonctionnaires et contractuels)
- Rendre fonctionnel les Points focaux du PNLP dans les Districts : (note officielle, cahier de charge, motivation périodique, moyen de déplacement)
- Renforcer le parc auto du PNLP

#### ❖ **Contrôle des vecteurs**

- Etendre la distribution de MILDA en routine aux enfants de 1 à 5ans
- Réviser les directives concernant les insecticides à homologuer en Côte d'Ivoire
- Réaliser des études permettant de cartographier les gîtes larvaires et les vecteurs
- Développer les activités de PID et LAL

#### ❖ **Prévention du paludisme chez la femme enceinte**

- Impliquer davantage les groupements de femmes dans le suivi de l'utilisation du TPI chez les FEE
- Promouvoir les CPN précoces pour l'amélioration de la couverture en SP3 chez les femmes enceintes
- Réaliser les recherches opérationnelles sur les déterminants de la faible utilisation des MILDA et du TPI

#### ❖ **Diagnostic et du traitement des cas de paludisme**

- Mettre à niveau les formateurs de l'INFAS sur les directives de prise en charge du paludisme
- Organiser des sessions de formation des nouveaux agents de santé sur les directives de prise en charge du paludisme
- Impliquer les acteurs du secteur privé non lucratif dans la mise en œuvre des stratégies avancées dans les localités situées à plus de 5km d'une FS
- Renforcer la couverture en ASC pour la mise en œuvre intégrée des activités de prise en charge à domicile
- Former les acteurs des officines privées pour l'application des directives nationales et la collecte des données sur les cas traités et de pharmacovigilance

#### ❖ **Gestion des Achats et des Stocks (GAS)**

- Maintenir la quantification des besoins en intrants en se basant sur les données de consommation
- Externaliser à travers la contractualisation avec NPSP, les services de connaissance, réception au port, enlèvement et dépotage des intrants et médicaments commandés par VPP
- Prévoir 1% du budget GAS en vue de renforcer les activités de suivi de la chaîne d'approvisionnement et d'approvisionnement d'urgence en intrant
- Doter les Districts de fourgonnettes pour le transports des intrants et médicament des districts vers les ESPC

#### ❖ **Plaidoyer, mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement**

- Intensifier les stratégies de communication
- Actualiser les outils de communication en fonction des nouvelles directives qui seront adoptées
- Intégrer les activités d'IEC/CCC dans les milieux professionnels à travers l'intégration des activités de lutte contre le paludisme aux cahiers de charge des unités de lutte contre le VIH
- Etendre les activités d'IEC CCC dans les écoles et universités

#### ❖ **Préparation et riposte contre les épidémies de paludisme**

- Mobiliser les ressources pour les achats en intrants et médicaments pour assistance en cas de situation d'urgence

#### ❖ **Surveillance, Monitoring et Evaluation**

- Adopter un cadre de performance par région et par district émanant du cadre de résultat du PSN
- Rendre fonctionnel les 12 sites sentinelles
- Conduire une enquête sur les déterminants de la préférence des prescripteurs des CTA
- Externaliser à la DIIS toutes activités de S&E non spécifiques au PNLP
- Allouer 7-10% du budget au S&E du PSN
- Contractualiser la diffusion des outils et documents normatifs produits par le PNLP

- Adopter le Groupe Scientifique d'Appui comme SR pour la mise en œuvre des enquêtes et études classiques du PNL
- Conduire des enquêtes entomologiques

#### ❖ **Fonctionnalité de la gestion du programme**

- Faire un plaidoyer auprès du MSHP pour la construction d'un siège pour le PNL
- Réviser l'arrêté portant attribution, organisation et fonctionnement du PNL en vue d'intégrer le service GAS
- Réviser le document de politique nationale ainsi que les directives nationales en ligne avec les nouvelles recommandations de l'OMS 2016

#### ❖ **PSN 2016-2020**

- Redéfinir lors de l'élaboration du nouveau PSN : La vision, la mission et les principes du PNL en tenant compte de la vision mondiale

## **CHAPITRE 1: INTRODUCTION**

### **1.1 Contexte de la lutte contre le paludisme**

#### **1.1.1 Situation géographique, climat et transmission du paludisme**

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest entre les 4°30' et 10°30' de latitude Nord. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km<sup>2</sup> et fait frontière avec le Mali et le Burkina Faso au Nord, le Golfe de Guinée au Sud, le Ghana à l'Est, le Libéria et la Guinée Conakry

à l'Ouest.

Le pays est traversé par deux masses d'air importantes : d'une part, une masse d'air en provenance du Nord, caractérisée par un vent sec et chaud et chargé de fines poussières : c'est l'harmatan qui sévit de décembre à janvier et, d'autre part, une masse d'air venant de l'Océan Atlantique au Sud, constituée d'air humide. Le contact de ces deux masses d'air forme le Front Inter Tropical (FIT) qui provoque des précipitations de type mousson. Les pluviométries annuelles moyennes de ces différentes zones climatiques varient de 900 mm (au Nord) à 2 300 mm (au Sud) et les températures oscillent autour de 28 °C en moyenne.

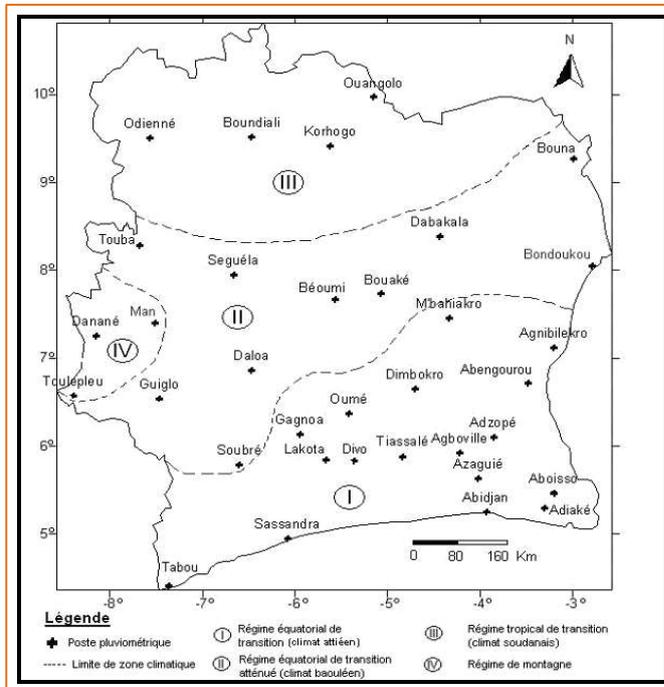


Figure 1 : Zones climatiques de la Côte d'Ivoire

Deux grandes zones climatiques se côtoient : le climat équatorial et le climat tropical de savane, lui-même plus ou moins sec. Le climat subéquatorial est caractérisé par des températures de faibles amplitudes de (25 °C à 30 °C), un fort taux d'humidité (de 80 à 90 %) et des précipitations abondantes, qui atteignent à Abidjan 1 766 mm et à Tabou 2 129 mm. Cette zone connaît deux saisons sèches et deux saisons humides. La grande saison sèche, chaude, est entrecoupée de quelques pluies et s'étend du mois de décembre au mois d'avril. La petite saison sèche couvre les mois d'août et de septembre. Quant aux saisons de pluies, elles s'échelonnent de mai à juillet pour la grande et d'octobre à novembre pour la petite. L'analyse des données pluviométriques de la période (1980 -1996) a permis de distinguer trois grandes zones climatiques

(Nord, Centre et Sud). La zone montagneuse particulière de l'Ouest est intégrée à celle du Centre. (Goaula *et al.*, 2007). Les changements climatiques qui affectent le monde entier n'ont pas épargné la Côte d'Ivoire. Il en résulte une perturbation dans l'alternance des saisons. Ainsi, on peut retrouver maintenant de fortes pluies en décembre et l'harmattan ne dure plus que quelques semaines.

Sur le plan national, la dynamique de la transmission du paludisme varie suivant les zones climatiques subdivisées comme suit :

- La zone du Sud : région forestière avec une pluviométrie abondante (jusqu'à 1 800 mm), où la transmission du paludisme ne se fait que dans les clairières. Toutefois, avec la déforestation largement avancée, les zones de transmission sont de plus en plus importantes : la transmission dure quasiment toute l'année ;
- La zone du Nord : zone de savanes boisées ou secteurs sub-soudanais et soudanais. La transmission du paludisme est permanente avec une recrudescence pendant les saisons de pluies qui durent 6 à 8 mois ;
- La zone de transition au centre, correspondant à la zone pré-forestière. La durée de la transmission du paludisme est comparable à celle de la zone forestière. On y observe également des variations en fonction du faciès écologique rizicole et non rizicole.

En termes d'indices entomologiques de la transmission, les enquêtes réalisées en fin 2015 révèlent que le Taux d'Inoculation Entomologique (TIE) pour *Anopheles gambiae* est de :

- 9,02pi/h/an en milieu urbain et de 214,89pi/h/an en milieu rural dans le sud-ouest du pays (San pedro),
- 161,94pi/h/an en milieu urbain et de 127,64 pi/h/an en milieu rural, au centre du pays (Yamoussoukro) ;
- 58, 02pi/h/an en milieu urbain au sud du pays (Abidjan)selon [ADJA et al.,2016](#)

### 1.1.2 Situation démographique

Les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014 ont permis d'actualiser les indicateurs démographiques suivants dans le tableau ci-dessous

**Tableau I: Indicateurs démographiques issus du RGPH 2014**

Indicateurs de population	Données 2014 (RGPH)
<b>Population Totale (habitants)</b>	<b>22 671 331</b>
<b>% Population Femme</b>	<b>48,3%</b>
<b>% Population enfants de 0 – 5 ans</b>	<b>16%</b>
<b>% Population 65 ans et plus</b>	<b>2,5%</b>
<b>Densité de population (hbts/km<sup>2</sup>)</b>	<b>70,3%</b>
<b>Population Urbaine</b>	<b>50,3%</b>
<b>Taux d'accroissement naturel (%)</b>	<b>2,6%</b>
<b>Taux d'alphabétisation</b>	<b>45%</b>

*Source : Institut National de la Statistique, 2015*

## 1.2 Système national de santé

### 1.2.1 Organisation du système de santé

#### ❖ Au plan administratif

Depuis la formation du dernier Gouvernement en janvier 2017, le Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) devient désormais Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). Il comporte une (01)Direction Générale, treize (13) Directions Centrales, vingt (20) Directions régionales de la santé (DRS) et quatre vingt trois (83) Directions Départementales de la Santé (DDS) ou Districts Sanitaires (DS).

#### ❖ Au plan de l'offre de soins

Au niveau du secteur public, selon le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaires (RASS) 2015, le nombre d'ESPC est passé de 1 860 en 2014 à 1 964 en 2015, soit un ratio national de 1 ESPC pour 11838habitants.

La population ivoirienne vivant à moins de 5 Km d'un centre de santé est passée de 64% en 2012 à 67% en 2015 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2015).

Au niveau du secteur privé, le partenariat pour la lutte contre le paludisme est désormais effectif avec 100 entreprises affiliées à la CECI et 60 structures privées lucratives de l'ACPCI.

Au niveau communautaire, en 2016, la prise en charge du paludisme est effective dans 51 districts sanitaires contre 38 districts sanitaires en 2013.

Ces résultats montrent une amélioration de l'équité et dans l'accès de la population aux soins. Toutefois plusieurs défis restent à relever à savoir : (i) l'amélioration du ratio ESPC/habitants, (ii) l'extension de la collaboration avec le secteur privé aux autres formations sanitaires privées non affiliées à la CECI ou à l'ACPCI et (iii) l'extension de la prise en charge communautaire des cas de paludisme à tous les districts sanitaires.

### **1.2.2 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement**

Depuis 1996, le paludisme est classé parmi les maladies prioritaires dans les différents plans nationaux de développement sanitaire. Dans le PNDS 2012-2015, le budget alloué à la lutte contre le paludisme venait en 2<sup>ème</sup> position en termes de volume après le VIH.

### **1.2.3 Programme National de Lutte contre le Paludisme**

#### **❖ Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme**

La Direction Générale de la Santé (DGS) assure la coordination des activités des programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Selon l'arrêté n° 311 MSHP/CAB du 04 octobre 2007 modifiant l'arrêté n° 170 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre le Paludisme celui est dirigé par un Directeur Coordonnateur secondé par un Directeur Coordonnateur Adjoint. Ceux-ci sont aidés par six (6) Chargés d'Etudes qui ont la charge des services suivants :

- Service de la Prise en Charge ;
- Service de la Communication et du Partenariat ;
- Service de la Prévention ;
- Service de l'Epidémiologie, du Suivi, de l'Evaluation ;
- Service de la Recherche ;
- Service Administratif et Financier.

Dans la conduite des activités, le PNLP est assisté aussi par un groupe d'experts constitué en Groupe Scientifique d'Appui (GSA) et un comité de pilotage dont la mission est d'appuyer la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

La direction de coordination du PNLP collabore étroitement avec les régions et les districts sanitaires pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel.

Dans sa mission, la direction de coordination du PNLP est chargée de proposer et faire adopter les documents de politiques et directives, assurer le suivi de la mise en œuvre de ces directives, planifier et suivre l'exécution des plans d'actions annuels, puis mobiliser les ressources, animer le cadre de coordination des interventions et rendre compte de façon périodique de l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme à la DGS.

## ❖ Plan Stratégique de lutte contre le paludisme 2012-2015

### • Vision

Une Côte d'Ivoire prospère sans décès lié paludisme

### • Mission

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers un accès universel et équitable aux interventions de lutte contre le paludisme.

### • But

- Réduire la mortalité due au paludisme en dessous de 1 décès pour 100 000 habitants d'ici la fin de 2015 et la maintenir jusqu'en 2017;
- Réduire de 75 %, par rapport à 2008, le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015 et le maintenir jusqu'en 2017.

### • Objectifs

- Accroître de 33 % à 80 %, d'ici fin 2015, la proportion de la population qui dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Accroître de 40 % à 80 %, d'ici fin 2015, la proportion de femmes enceintes qui prend les deux doses de SP ;
- D'ici fin 2015, 80% des cas de paludisme sont confirmés et pris en charge selon les directives nationales dans les structures sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté

## 1.2.4.Revue de performance du programme de lutte contre le paludisme

### ❖ Définition

La revue de programme de lutte contre le paludisme est un processus d'évaluation du programme qui se fait avec un ensemble d'outils de collecte d'information sur la mise en œuvre programme fondée sur des preuves de la situation du paludisme et du rendement de programme d'un pays. Elle permet à termes de renforcer le programme pour de meilleurs résultats et impacts.

### ❖ Justification

En réponse à la situation épidémiologique du paludisme en Côte d'Ivoire, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) s'est doté d'un Plan Stratégique National de 3<sup>e</sup> génération pour la lutte contre le paludisme sur la période 2012-2015, après avoir réalisé une revue de la performance du programme avec l'appui technique de l'OMS.

Après les deux premières années de mise en œuvre du plan, une revue à mi-parcours conduite par l'OMS et le partenariat RBM en 2014 a aboutit à une révision de ce plan basée sur une approche stratifiée de la mise à échelle des interventions de lutte et la consolidation des acquis.

Au terme de la mise en œuvre des deux dernières années du PSN 2012-2015, le MSHP se propose de réaliser du 07 novembre 2016 au 28 janvier 2017, la revue finale de la performance du programme afin de mesurer l'atteinte des buts et objectifs stratégiques fixés.

Les leçons et les recommandations issues de cette revue permettront d'élaborer un nouveau Plan Stratégique National pour la période 2016-2020 plus solide et crédible. Ce nouveau PSN qui fixera le cadre et les axes d'interventions pour tous les partenaires sera aligné sur les orientations du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020.

### ❖ Objectifs de la revue de la performance du programme

- Évaluer les progrès du programme national de lutte contre le paludisme vers les cibles d'impact épidémiologiques et entomologiques au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées en vue de l'impact accru ;
- Examiner le niveau de financement du programme national du paludisme au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées en vue de financement optimal ;
- Examiner la capacité du programme national de lutte contre le paludisme pour mettre en œuvre les activités prévues au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées en vue de la capacité optimale pour la mise en œuvre du programme ;
- Examiner la réalisation des objectifs, l'atteinte des résultats du programme au cours de la période 2012-2015 et faire des recommandations appropriées pour la prestation optimale des services de lutte contre le paludisme ;
- Définir les implications de programmation des leçons apprises dans la mise en œuvre du Plan National Stratégique (PSN) de lutte contre Paludisme ;
- Elaborer le rapport de la revue et l'aide-mémoire ;
- Elaborer le nouveau PSN 2016-2020 de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

### ❖ **Méthodologie**

La méthodologie suivie pour cette revue va se décliner en 4 grandes phases suivantes :

- ***Phase I : Préparation, planification***

Elle a été consacré une part à des consultations avec les partenaires et les parties prenantes afin d'obtenir un consensus sur le projet de protocole de la revue et d'autre part à l'élaboration et l'adoption de la feuille de route. Au cours de cette phase I, les actions suivantes ont été réalisées:

- Elaboration de la note conceptuelle de la revue finale du PSN 2012-2015 ;
- Information (notes techniques, séances de travail) des autorités du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) sur le processus de la revue ;
- Organisation sous le leadership de la DGS d'une réunion avec les parties prenantes pour obtenir un consensus sur le plan de travail et de lancement officiel de la revue du programme ;
- Désignation d'un Coordonnateur de la revue finale ;
- Recrutement de deux consultants nationaux pour appuyer le processus de revue du programme ;
- Mise en place d'un groupe technique de coordination avec des termes de référence bien définis
- Elaboration et validation du protocole de la revue (méthodologie, ressources humaines nécessaires, feuilles de route et budget) ;
- Mobilisation des ressources nécessaires auprès des partenaires pour la conduite des différentes phases de processus de revue ;

- Etablissement de la liste des membres internes et externes de l'équipe de la revue et leur invitation pour la participation à ce processus.

- ***Phase II : Revue documentaire thématique interne***

Au cours de cette phase II, il a été procédé essentiellement à l'adaptation des outils génériques de l'OMS, à un examen documentaire thématique. Les actions ci-après ont été effectuées:

- Appropriation et adaptation des outils génériques de la revue interne ;
- Elaboration des outils complémentaires ;
- Collecte de la documentation nécessaire pour la revue interne ;
- Examen documentaire thématique;
- Evaluation interne réalisée en atelier avec des travaux de groupe/thématique portant sur l'organisation, le fonctionnement, la mise en œuvre des interventions et l'absorption des ressources financières à l'aide des outils ;
- Rédaction des grandes conclusions de la revue interne : résultats, forces et faiblesses ; leçons apprises et défis;
- Planification de la validation externe (Phase III).

- ***PHASE III : Validation externe***

Cette phase III a été essentiellement marquée par la collecte des données sur sites et l'élaboration des rapports de la revue externe. Les actions ci-après ont été réalisées :

- Adaptation des questionnaires génériques de l'OMS au contexte du pays;
- Briefing des enquêteurs sur les questionnaires ;
- Pré-test des questionnaires ;
- Réalisation des missions de collecte de données sur le terrain ;
- Dépouillement et synthèse des données collectées par catégories de cibles/sites ;
- Rédaction des grandes conclusions de la revue externe;
- Organisation d'un atelier de consolidation du rapport de la revue avec l'équipe des évaluateurs internes et externes ;
- Elaboration du rapport de la revue et de l'aide-mémoire ;
- Organisation d'une réunion des parties prenantes pour la validation des résultats, les conclusions et recommandations de la revue du programme y compris la révision du cadre de performance.

- ***PHASE IV : Elaborer le Plan stratégique 2016-2020 du PNL***

Cette 4<sup>e</sup> phase qui démarrera juste après la validation du présent rapport de la revue du programme (intégrant résultats, conclusions, recommandations et orientations stratégiques) sera essentiellement marquée par l'organisation de deux ateliers regroupant l'ensemble des parties prenantes et des partenaires en vue de l'élaboration et la validation du PSN 2016-2020. Cette phase IV sera bouclée par la reproduction et la diffusion, aux acteurs et partenaires de la lutte contre le paludisme, du nouveau PSN y compris son plan de suivi – évaluation.

Cette dernière phase est prévue s'achever courant juin 2017

## CHAPITRE 2 : PROGRES VERS LES OBJECTIFS D'IMPACT EPIDEMIOLOGIQUE ET ENTOMOLOGIQUE DU PALUDISME

### 2.1 Résultats

#### 2.1.1 Progrès vers l'impact épidémiologique du PSN 2012-2015

##### ❖ Progrès des indicateurs de morbidité du paludisme

###### ► Incidence du paludisme

L'incidence du paludisme sur la période 2012-2015 a varié selon les cibles. Chez les enfants de moins de 5 ans on note une régression de 352‰ à 292‰ avec un pic (446‰) en 2014 lié à la mise en œuvre des activités communautaires (PECADOM dans 51 districts sanitaires) et stratégies avancées (quartiers précaires et villages).

Dans la population générale, l'incidence est passée de 120 ‰ à 155 ‰ avec un pic de 164 ‰ en 2014 pouvant s'expliquer par la surestimation de la population générale faite par extrapolation avant le RGPH de 2014.

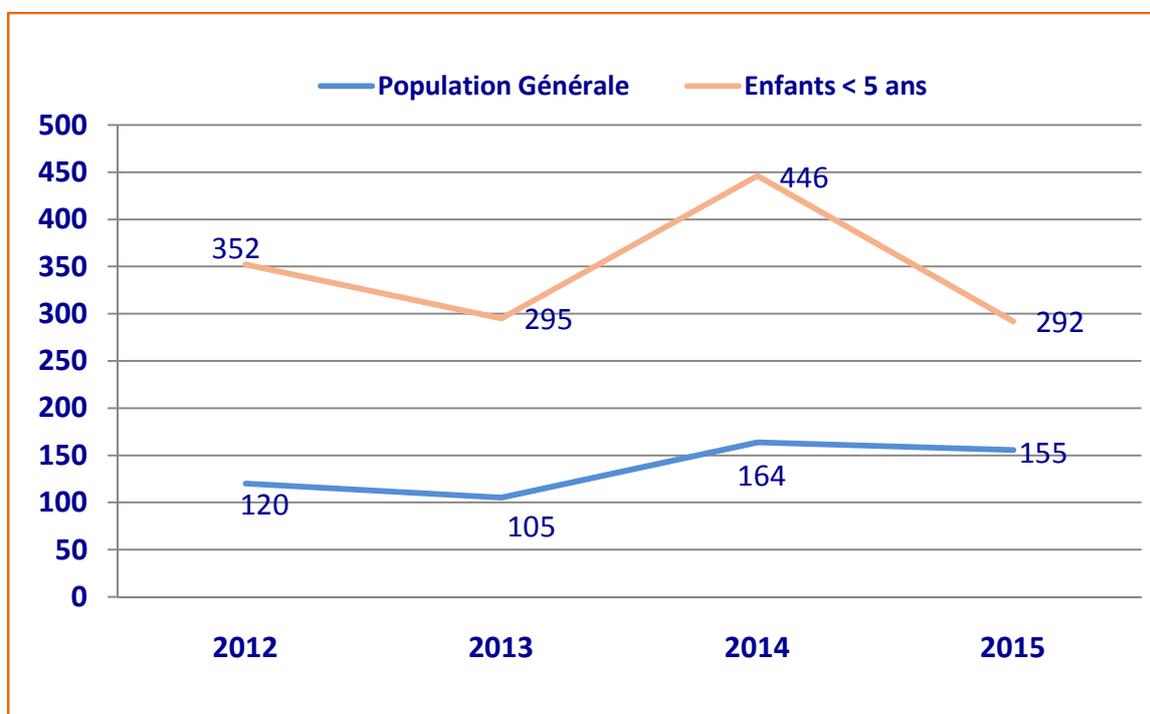


Figure 2: Evolution de l'incidence du paludisme en Côte d'Ivoire 2012-2015

###### ► Prévalence parasitaire

La prévalence parasitaire a baissé entre 2012 et 2015. La proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre en 2015 selon l'enquête de santé à indicateurs multiples (MICS) est de 37% contre 42% en 2012. Il ressort une réduction de la prévalence parasitaire de 5 points sur les 4 années du PSN. Soit une réduction annuelle d'environ 1 point contre 1,5 point attendue.

##### ❖ Progrès des indicateurs de mortalité du paludisme

La mortalité infantile juvénile a connu globalement une baisse sur la période de mise en œuvre du PSN 2012-2015. Chez les enfants de moins de 5 ans, on note une réduction de la

mortalité liée au paludisme de 11,8 points (108 pour 1000 en 2012 à 96,2 pour 1000 en 2015) (MICS 2016, p18) et une baisse de la mortalité toutes causes confondues de 12 points en 5 ans. Soit une réduction annuelle d'environ 2,4 points contre 1,5 point fixée.

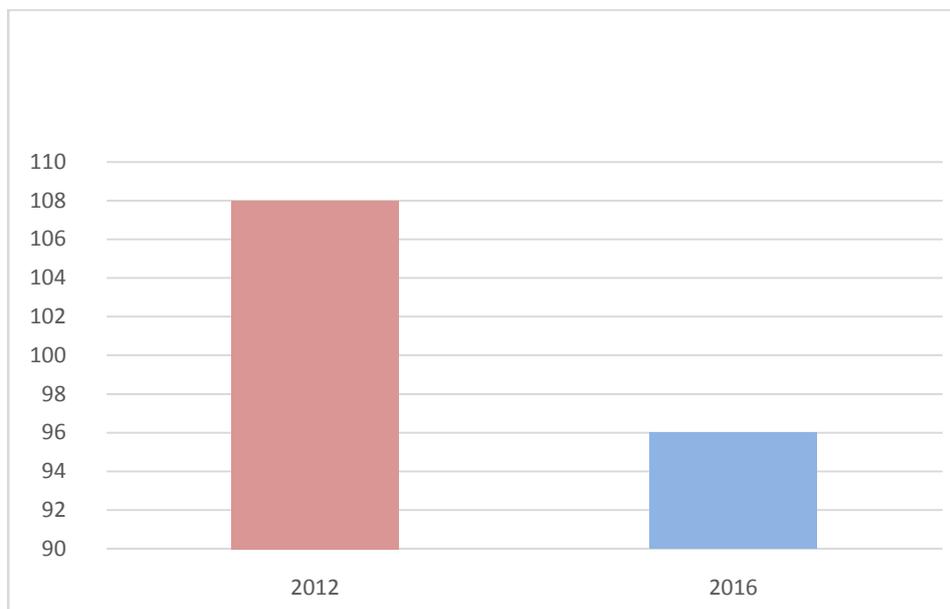


Figure 3: Mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5ans entre 2012 et 2015

La mortalité hospitalière spécifique du paludisme dans la population générale a connu également une régression en passant de 14 pour 100 000 en 2013 à 11 pour 100 000 en fin 2015.

### 2.1.2 Progrès vers l'impact entomologique du PSN

#### ❖ Changement/évolution dans la distribution des espèces de parasites

Les données d'études récentes (enquête MICS 2016, rapports PNLP 2016) ne relèvent pas de variations particulières dans la répartition des espèces plasmodiales rencontrées dans le pays. Le *Plasmodium falciparum* demeure toujours l'espèce prédominante. Il est retrouvé dans plus de 95% des cas. Toutefois, d'autres espèces sont rencontrées en Côte d'Ivoire dans moins de 5% des cas : il s'agit de *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale*.

#### ❖ Cartographie du risque de transmission du paludisme et stratification

Sur le plan national, la dynamique de la transmission varie suivant les zones climatiques subdivisées comme suit :

Tableau II: Distribution de la population à risque de paludisme par strate

Strates	Niveau de prévalence parasitaire	Incidence annuelle 2016	Regions/Districts sanitaires	Population par strate en 2016	% population par strate

<b>Endémicité modérée</b>	3-26%	Moins de 200%	Abidjan I grands Ponts Adjame_Plateau_attecoube, Dabou, Grand lahou Jacqueville Yopougon est, ouest songon Abidjan II Abobo_est Abobo_ouest Anyama Cocody_bingerville Koumassi_port_bouet_Vridi Treichville Marcory	13815090	58%
<b>Endémicité élevée</b>	27-45%	200-399%	Kabadougou Bafing Folon, Poro –Tchologo-Bagoué, Worodougou-Béré, Tonkpi, Cavally Guémon, Haut Sassandra, Goh, Gbonklè- Nawa -San Pedro, Loh- Djiboua, Boukani Gontougo, Sud Comoé, Agnéby-Tiassa Mé	4 711 543	20%
<b>Endémicité très élevée</b>	46-65%	400 et plus	Gbèke, Bélier, Marahoué Hambol, Indénié-Djuablin, Nzi Ifou-Moronou	5 328 262	22%
<b>Pays</b>	37%			<b>23 854 895</b>	100%

Les prévalences parasitaires les plus faibles sont retrouvées dans les régions sanitaires d'Abidjan et les plus élevées dans les régions du centre et de l'est du pays. (EPPA, 2016)

#### ❖ Progrès des indicateurs entomologiques du PSN

La collecte des données sur le profil entomologique réalisée de 2000 à 2009 révèle que *Anopheles gambiae* demeure toujours le vecteur principal avec un taux d'inoculation entomologique variant de 400 à 789 pi/h/an suivant les facies épidémiologiques naturels et en fonction des modifications de l'environnement à des fins agricoles. Ainsi le taux d'inoculation entomologique (TIE) varie de 400 pi/h/an en zone de savane boisées à l'est, de 365 pi/h/an en zone de savane au nord. Les TIE les plus faibles sont observés sur le littoral avec un taux autour de 22 pi/h/an (Koffi *et al.*, 2009). Les enquêtes réalisées en fin 2015 révèlent que le TIE pour *Anopheles gambiae* est de :

- 9,02 pi/h/an en milieu urbain et de 214, 89 pi/h/an en milieu rural dans le sud-ouest du pays ;
- 161,94 pi/h/an en milieu urbain et de 127,64 en milieu rural pi/h/an au centre du pays ;
- 58,02 pi/h/an en milieu urbain au sud du pays (Adja *et al.*, 2016).

L'analyse comparative des données collectées sur les deux périodes montre une tendance à

la réduction du TIE.

### ❖ Evolution/tendances de la bionomie des vecteurs du paludisme

Les données disponibles montrent une forte anthropophile d'*Anopheles gambiae* (77%) dans les localités où ce paramètre a été pris en compte : Bouaké, Gansé, Zatta, Tiémélékro, Sassandra, Soubré et Man. Ce taux est de 56% avec *Anopheles funestus*. On note un caractère endophage des populations d'*Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus* en milieu rural. En milieu urbain, *Anopheles gambiae* pique aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ces deux vecteurs sont largement endophiles mais peuvent devenir exophiles ou s'adapter à l'habitude de couchage des populations (Koffi *et al.* 2009).

### ❖ Cartographie vectorielle et distribution des espèces

Le paludisme est transmis par trois complexes d'espèces vectorielles : *Anopheles gambiae s.l.*, *Anopheles funestus s.l.* et *Anopheles nili s.l.*

### ❖ Situation et tendances de la répartition géographique de la résistance aux insecticides

En Côte d'Ivoire, le niveau de résistance du vecteur majeur, *Anopheles gambiae*, aux insecticides utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires varie selon les insecticides et les zones d'étude. Pour la perméthrine, il est de 5 à 60%, la deltaméthrine 3 à 26%, l'alphacyperméthrine de 18 à 50%. On note également une résistance variable aux insecticides utilisés pour la pulvérisation intra domiciliaire : l'Étofenprox (13 à 82%), le DDT (57 à 93%), la dieldrine (50 à 68%), le pyrimiphos-méthyl (17 à 33%) le fénitrothion (9%), le carbosulfan (75 à 86%) puis le bendiocarbe (52%). Cette résistance présente des variations selon les faciès épidémiologiques du paludisme pour chacune des 20 régions sanitaires du pays

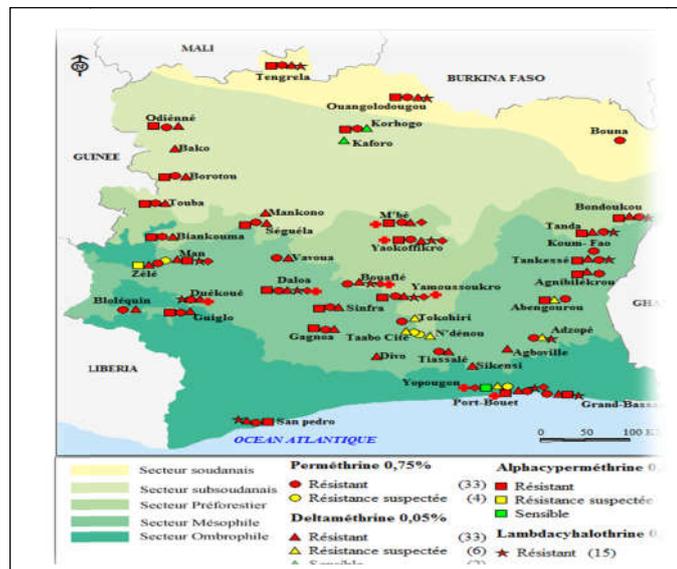


Figure 4: Cartographie de la résistance phénotypique des *Anopheles gambiae s.l.* aux pyréthriinoïdes en Côte d'Ivoire

## 2.2 Facteurs facilitants et contraignants

### 2.2.1 Facteurs facilitants

- Mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme (MILDA, PEC) ;
- Mise en œuvre des stratégies avancées de prévention et de prise en charge des cas dans les quartiers précaires ;
- Intensification de la communication au niveau des régions et districts sanitaires ;

- Prise en charge communautaire du paludisme ;
- Engagement de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- Réalisation d'études sur l'impact épidémiologique et entomologiques des mesures de lutte.

### **2.2.2. Facteurs contraignants**

- Faible utilisation des services de santé par les populations ;
- Insuffisances dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments et intrants entraînant les ruptures fréquentes d'intrants ;
- Insuffisances dans la gestion des médicaments et intrants au niveau opérationnel ;
- Insuffisance dans la communication pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre le paludisme (assainissement du cadre de vie, utilisation des MILDA) ;
- Insuffisance de données entomologiques actualisées ;
- Non fonctionnalité des sites sentinelles.

## **2.3 Conclusion et recommandations**

### **2.3.1 Conclusion**

Le niveau des indicateurs épidémiologiques s'est amélioré au cours de la mise en œuvre du PSN 2012-2015 avec une baisse de 3 points pour la mortalité hospitalière spécifique, 60 points pour la morbidité chez les moins de 5 ans. La prévalence parasitaire a également baissé de même que la transmission vectorielle du paludisme de 104 pi/h/an.

Ces résultats ont été rendus possibles grâce à l'amélioration de la couverture des interventions de prévention et de prise en charge du paludisme. Toutefois ces efforts n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés dans le PSN.

### **2.3.2 Recommandations**

- Etendre la distribution en routine de MILDA aux enfants de 1 à 5 ans ;
- Renforcer la communication et la mobilisation sociale en faveur de l'utilisation des services et l'adoption des mesures de lutte contre le paludisme par l'implication des guides religieux, des groupements féminins, des collectivités locales, etc;
- Mettre à échelle la prise en charge communautaire intégrée dans tous les districts sanitaires en vue de traquer, tester et traiter tous les cas de paludisme dans toutes les localités du pays ;
- Introduire progressivement les autres interventions de lutte antivectorielle telles que la Pulvérisation Intra domiciliaire (PID), la lutte Anti larvaire (LAL) et l'utilisation des grilles anti moustiques aux ouvertures des habitations ;
- Renforcer la chaîne logistique et la gestion efficace des stocks au niveau opérationnel ;
- Développer une approche stratifiée pour une mise en œuvre adéquate des interventions ;
- Réaliser des enquêtes entomologiques sur les sites sentinelles chaque deux ans;

- Introduire l'utilisation d'artésunate suppositoires en pré-transfert des cas graves chez les enfants de moins de 5 ans par les ASC.

## CHAPITRE 3 : FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

### 3.1 Résultats

#### 3.1.1 Analyse du paysage du financement de la lutte contre le paludisme

##### ❖ Tendances des crédits alloués au secteur de la Santé dans le budget national;

Grâce aux mesures de renforcement de la gouvernance et de redressement économique prises ces dernières années, la proportion du budget allouée à la santé, a connu une évolution passant de 4,36% en 2012 à 6% en 2015 (PNDS 2015 - 2020).

##### ❖ Tendances des crédits alloués à la lutte contre le paludisme dans le budget de la santé

La part du budget de la santé alloué à la lutte contre le paludisme est passée de 24 Milliards (6,85%) de Francs CFA en 2012 à 55 Milliards (12,72%) de Francs CFA en 2015 (PNDS 2012-2015, page 58).

##### ❖ Tendances des contributions financières des autres Ministères et Partenaires à la lutte contre le paludisme.

**Tableau III : Tendances des contributions à la lutte contre le paludisme de 2012 à 2015**

Sources de financement	Montant par Année (Euro)				Total	Pourcentage des contributions
	2012	2013	2014	2015		
ETAT	3 973 289	3 554 497	6 282 709	1 615 960	15 426 455	17,91%
FM	13 466 965	31 908 207	16 786 161	11 332 285	73 493 618	81%
OMS	4 654	26 476	24 803	-	55 934	0,06%
UNICEF	117 570	378 857	243 918	-	740 346	0,86%
SANOFI	256 326	186 483	7 622	14 995	465 426	0,54%
BICICI	20 000	-	39 637	-	59 637	0,07%
<b>TOTAL</b>	<b>17 838 805</b>	<b>36 054 520</b>	<b>23 384 851</b>	<b>12 963 239</b>	<b>90 241 415</b>	<b>-</b>

La lutte contre le paludisme bénéficie de l'appui financier direct de plusieurs partenaires. Cependant cette contribution repose principalement sur l'Etat et le FM respectivement à hauteur de 18% et 81%.

#### 3.1.2 Analyse des dépenses du paludisme dans le contexte des besoins budgétaires

##### ❖ Tendances de la proportion du budget annuel financé

**Tableau IV: Tendances des ressources mobilisées et décaissements de 2012 à 2015**

Items	Montant par Année				Total
	2012	2013	2014	2015	

Total planifié / An	18 540 330	71 237 903	45 801 510	30 438 028	<b>166 017 770</b>
Total mobilisé/An	17 838 805	36 054 520	23 384 851	12 963 239	<b>90 241 415</b>
Taux de mobilisation/An	96%	51%	51%	43%	<b>54%</b>
Total dépensé/An	13 056 650	39 249 864	24 131 553	9 571 642	<b>86 009 710</b>
Taux d'absorption/An	73%	109%	103%	74%	<b>95%</b>

Le taux moyen de mobilisation de 2012 à 2015 est de 54%. Toutefois le taux moyen d'absorption est important, soit 95% des ressources mobilisées.

**❖ Proportion du budget planifié du PSN financé durant la période évaluée et proportion de l'écart de financement**

**Tableau V : Evolution du budget mobilisé de 2012 à 2015**

<i>Items</i>	<i>Montant par Année</i>				<i>Total</i>
	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	
A. Total planifié PSN par an (Euro)	23 010 153	47 866 562	192 207 290	29 472 197	<b>292 556 202</b>
B. Total mobilisé par an (B) (Euro)	18 540 330	71 237 903	45 801 510	30 438 028	<b>166 017 770</b>
C. Carences de financement (A-B) (Euro)	4 469 823	- 23 371 341	146 405 780	- 965 831	<b>126 538 432</b>
% Gap financier par an (C/A)	19,4%	-48,8%	76,2%	-3,3%	<b>43,3%</b>

L'analyse du financement du PSN révèle un écart d'environ 43% correspondant à un niveau faible de mobilisation des ressources.

**Encadré 1 : Synthèse des résultats de terrain : volet Planification et financement de la lutte contre le paludisme**

**Points forts**

- Le Paludisme est une priorité dans les DRS et les DDS;
- Existence d'un point focal paludisme dans le district ;
- Le district dispose des directives de PEC des cas de paludisme, du document de politique nationale de lutte contre le paludisme;
- Des activités Intégrées de lutte sont souvent effectuées

**Points à améliorer**

- Le financement du gouvernement de la lutte contre le paludisme reste très faible;
- L'appui financier des partenaires est peu documenté ou non disponible;
- Pas de ligne budgétaire définie au niveau de la lutte contre le paludisme
- Les montants investis dans la lutte contre le paludisme proviennent essentiellement des activités ponctuelles menées par le programme de lutte contre le paludisme ou d'autres partenaires;

## **3.2 Facteurs facilitants et Facteurs contraignants**

### **3.2.1 Facteurs facilitants**

- mise en place d'un mécanisme de décaissement axé sur l'utilisation des cartes visa et l'implication des gestionnaires des districts ;
- Remises de chèques groupés lors des réunions de task force ;
- Suivi des activités de passation de marché lors des réunions mensuelles conjointes GFA et PNL.

### **3.2.2 Facteurs contraignants**

- Ralentissement des activités au niveau opérationnel lié à la sortie de la crise post électorale ;
- Absence et/ou la justification tardive des dépenses par les acteurs des districts et régions ;
- Faible mobilisation des ressources financières pour la lutte contre le paludisme inérente à la non organisation de la table ronde des partenaires financiers de la lutte.

## **3.3 Conclusion et recommandations**

### **3.3.1 Conclusion**

Il ressort de l'analyse des différents tableaux que le taux de mobilisation des ressources est insuffisant bien qu'il y ait plusieurs sources de financement.

Par ailleurs le niveau élevé du taux d'absorption des ressources montre la bonne mise en œuvre des activités.

Pour assurer la pérennité de la lutte contre le paludisme l'État devrait accroître d'avantage les ressources allouées à la lutte.

### **3.3.2 Recommandations**

- Poursuivre le renforcement de capacité des agents de la coordination et des acteurs du niveau opérationnel;
- Instituer un cadre formel et fonctionnel de rappel mensuel des activités ;
- Intensifier la mobilisation des ressources par un élargissement des partenaires financiers (internationaux, nationaux, privés, public...);
- Renforcer la capacité des DRS, DDS à la mobilisation des ressources locales dans un esprit de multisectorialité.

## **CHAPITRE 4 : CAPACITES DU PROGRAMME A METTRE EN OEUVRE LES ACTIVITES PLANIFIEES 2012-2015**

### **4.1 Résultats**

#### **4.1.1 Etat de mise en œuvre des activités du PSN**

**❖ Proportion des activités planifiées mises en œuvre par objectif du PSN (complètement réalisées, partiellement réalisées, non réalisées).**

**Tableau VI: Etat de mise en œuvre des activités du PSN 2012-2015**

OBJECTIFS PSN	Niveau d'exécution				Total
	Activités	Complètement réalisées	Partiellement réalisées	Non réalisées	
Objectif 1: Accroître de 33 à 80%, d'ici fin 2017, la proportion de population qui dort sous une MII	Nombre	5	3	3	<b>11</b>
	Pourcentage	46%	27%	27%	<b>100%</b>
Objectif 2: Accroître de 40 % à 80 %, d'ici fin 2017, la proportion de des femmes enceintes qui prennent les deux doses de SP	Nombre	1	1	0	<b>2</b>
	Pourcentage	50%	50%	0%	<b>100%</b>
Objectif 3: D'ici fin 2015, 80% des cas de paludisme sont confirmés et pris en charge selon les directives nationales dans les structures sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté	Nombre	71	24	59	<b>154</b>
	Pourcentage	46%	16%	38%	<b>100%</b>
<b>TOTAL PSN</b>	<b>Nombre</b>	<b>77</b>	<b>28</b>	<b>62</b>	<b>167</b>
	<b>Pourcentage</b>	<b>46%</b>	<b>17%</b>	<b>37%</b>	<b>100%</b>

Sur 167 activités planifiées, 77 ont été complètement réalisées, soit un taux de réalisation de 46%. On note également que 28 activités sont en cours de réalisation à fin 2015.

Ce taux de réalisation des activités reste relativement faible par rapport aurésultat attendu (80%).

Il ressort ainsi, une performance moyenne (58%) du programme pour ce qui concerne la mise en œuvre des activités du plan de travail du PSN sur la période 2012-2015.

#### **4.1.2. Facteurs facilitants et contraignants**

**❖ Facteurs facilitants**

- Disponibilité des documents normatifs (document de politique, PSN, directives ; documents de formation...) ayant facilité la mise en œuvre directede certaines activités ;
- Coordination, planification et suivi régulier du plan de travail lors des ateliers semestriels de TASK FORCE ;
- Décentralisation de certaines activités ;
- Renforcement des capacités via le Programme de Développement de Leadership Plus (LDP+) ;
- Facilité de décaissement au niveau desdistricts et régionssanitaires à travers le système de cartes prépayées bancaires ;
- Suivi mensuel de l'exécution des activités de passation de marché lors des réunions entre le PNLP et la cellule fiduciaire (GFA) ;
- Renforcement de l'effectif des ressources humaines du PNLP ;

- Assistance technique du projet Leadership Management et Gouvernance (LMG)/MSH bénéficié par le PNLP depuis 2014.

#### ❖ Facteurs contraignants

- Absence de financement pour la mise en œuvre de certaines interventions notamment la PID et LAL ;
- Insuffisance dans la planification adéquate des activités (conflits de calendrier, chevauchement des activités) ;
- Manque de proactivité dans la signature des accords de subvention occasionnant le démarrage tardif des activités par les Sous Récipiendaires (SR) ;
- Justification tardive et la non justification des fonds reçus pour les activités précédentes au niveau de DDS et DRS entravent la mise à disposition des fonds pour la mise en œuvre des activités futures ;
- Absence de mécanisme consensuel de décaissement des frais de prise en charge des superviseurs des Agents de Santé Communautaires (ASC);
- Insuffisance de personnes ressources collaboratrices extérieures à la coordination pour la mise en œuvre d'activités d'envergures.

#### 4.1.3. Etat de la mise en œuvre des recommandations de la revue à mi-parcours du programme en 2014

Le niveau de mise en œuvre des recommandations formulées lors de la revue à mi-parcours du PSN en 2014 est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau VII: Niveau de mise en œuvre des recommandations de la revue à mi-parcours

N°	Recommandations Revue à Mi-Parcours	Mise en œuvre complète	Mise en œuvre partielle	Non mise en œuvre
1	Développer des activités intégrées avec les autres programmes de santé	√		
2	Poursuivre les rencontres périodiques entre les acteurs (Task Force)	√		
3	Mettre en place le forum des partenaires et organiser les rencontres périodiques des bailleurs			√
4	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des ressources humaines impliquées dans la lutte		√	
5	Développer des activités intégrées avec les autres programmes de santé	√		
6	Développer avec la centrale d'achat, les mécanismes pour assurer l'approvisionnement régulier des structures sanitaires en médicaments et intrants de la lutte	√		
7	Renforcer le suivi des stocks au niveau des districts et des structures sanitaires par le PNLP	√		
8	Assurer le suivi des médicaments antipaludiques dans le secteur privé			√
9	Poursuivre la distribution gratuite des MILDA en routine dans les structures publiques et l'étendre aux structures privées	√		
10	Réaliser la campagne de masse de distribution des MILDA	√		
11	Renforcer la sensibilisation des populations à l'adoption des mesures préventives.	√		
12	Développer la PID et la LAL dans 3 districts avec l'implication des autres Ministères. Organiser des campagnes d'assainissement avec l'implication des collectivités décentralisées			√

13	Poursuivre la PEC des cas dans les structures sanitaires et en stratégies avancées	√		
14	Assurer la disponibilité des TDR dans les ESPC et la GE dans les hôpitaux de référence et dans le secteur privé	√		
15	Equiper les laboratoires des structures publiques en moyen de diagnostic	√		
16	Poursuivre la gratuité des médicaments et intrants du paludisme	√		
17	Renforcer la PECADOM en prenant en compte la prise en charge intégrée au niveau communautaire.	√		
18	Poursuivre la dispensation de la SP dans les structures publiques et en stratégies avancées	√		
19	Étendre la dispensation gratuite de la SP au secteur privé	√		
20	Impliquer davantage les acteurs communautaires pour sensibiliser les populations	√		
21	Renforcer le plaidoyer avec les acteurs étatiques et non étatiques	√		
22	Formaliser le partenariat avec les structures impliquées dans les activités de communication	√		
23	Développer des activités de proximité pour renforcer la CCC	√		
24	Renforcer la prise en charge des cas et les mesures de préventions aux sites d'urgence			√
25	Prévoir des intrants pour développer le plan d'urgence			√
26	Renforcer le système de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide	√		
27	Réaliser des évaluations garantissant l'efficacité des intrants de la lutte	√		
28	Diversifier la recherche opérationnelle	√		
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>%</b>		<b>78,57%</b>	<b>3,57%</b>	<b>17,86%</b>

Sur 28 recommandations formulées lors de la revue à mi-parcours, 22 ont été complètement réalisées soit un taux de réalisation des recommandations à mi-parcours de 79%. Le manque de financement n'a pas permis la réalisation de 5 recommandations.

#### 4.1.4. Facteurs facilitants et contraignants de la mise en œuvre des recommandations

##### ❖ Facteurs facilitants

- Disponibilité des ressources humaines et matérielles ;
- Intégration des activités avec les autres programmes.

##### ❖ Facteurs contraignants

- Manque de financement pour la mise en œuvre de certaines activités.

## 4.2 Conclusion et recommandations

### 4.2.1 Conclusion

L'objectif visé de 80% de taux d'exécution du plan de travail du PSN n'a pas été atteint.

Avec 46,10% de taux de réalisation des activités, la performance du programme reste moyenne. Il faut cependant noter que 37% (28/167) des activités planifiées dans le PSN étaient en cours d'exécution à la fin 2015.

Des difficultés de financement, de planification et d'anticipation sur les conflits de calendrier ou de chevauchement des activités ont été enregistrées lors de la mise en œuvre et

ont parfois retardé la réalisation à temps des activités planifiées.

#### **4.2.2 Recommandations**

Outre les recommandations déjà exécutées (Partenariat avec secteur privé ACPCI/CECI, décaissement pour les frais de déplacement des superviseurs des ASC...) à partir de 2016, il faudra pour les années à venir :

- Organiser des sessions de validation conjointe des accords de subvention en début de subvention avec toutes les parties prenantes ;
- Rechercher les financements pour couvrir les gaps ;
- Partager avec les parties prenantes les chronogrammes de réalisation des activités ;
- Appuyer la Direction de la Santé Communautaire dans l'adoption d'un statut officiel des ASC ;
- Intégrer les structures privées autorisées mais non affiliées à l'ACPCI et à la CECI ainsi que les hôpitaux militaires dans la mise en œuvre des activités du PSN ;
- Mettre en place un pool de personnes ressources externes pour appuyer en cas de nécessité le personnel du PNLN dans la mise œuvre de certaines activités ;
- Organiser dès l'adoption des plans de travail, un atelier de validation des termes de référence avec les parties prenantes de l'effectivité de la mise en œuvre des activités ;
- Renforcer la communication à travers les médias et autres canaux de communication.

## **CHAPITRE 5: EFFICACITE DU SYSTEME DE SANTE A OFFRIR DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**

### **5.1 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la lutte anti vectorielle (LAV)**

#### **5.1.1 Résultat**

##### **❖ Indicateurs de résultats et cibles de la lutte anti vectorielle**

Durant la mise en œuvre du PSN, la méthode de prévention la plus utilisée était la MILDA. Sa disponibilité auprès des populations s'est faite selon deux stratégies:

- la distribution de routine à l'attention des populations à risque, particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an ;
- la campagne de masse à l'endroit de toute la population.

Les indicateurs de résultats fixés étaient les suivants :

- Au moins 90% des ménages disposent d'au moins 1 MILDA pour 2 personnes ;
- Au moins 80% de la population générale dort sous MILDA chaque nuit ;
- Au moins 80% de la population à risque (enfants de moins de 5ans et femmes enceintes) dorment sous MILDA chaque nuit.

##### **❖ Progrès vers l'atteinte des indicateurs de résultats de la LAV**

- **Tendances des indicateurs de résultats et des cibles des MILDA et les**

## implications programmatiques

Les résultats obtenus se présentent comme suit :

**Tableau VIII: Prévision, acquisition et distribution des MILDA de 2012 à 2015**

	2012	2013	2014	2015
<b>MILDA Routine:</b>				
Prévision	943 100	-	76 728	722 814
Acquisition	943 100	565 869	1 201 963	722 850
Distribution	321 405	596 745	611 880	473 847
<b>MILDA Campagne:</b>				
Prévision			13 853 485	
Acquisition			14 519 636	
Distribution			14 667 718	
<b>Nombre de ménages dénombrés</b>			5 691 814	
<b>Nombre de ménages couverts</b>			5 263 799	

De 2012 à 2015, au total 1 530 030 MILDA ont été distribuées en routine et 14 667 718 MILDA en campagne de masse.

**Tableau IX: Progrès des indicateurs d'effet**

Indicateurs	Valeurs de base			Résultats obtenus : MICS mi 2016
	Données	Année	Source	
Proportion des ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	31%	2012	DHS/DHS+ (Demographic and Health Survey)	47%
Proportion de la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans leur foyer	49%	2012	DHS/DHS+ (Demographic and Health Survey)	75%
Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	33%	2012	DHS/DHS+ (Demographic and Health Survey)	50%
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	37%	2012	DHS/DHS+ (Demographic and Health Survey)	59,20%
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	40%	2012	DHS/DHS+ (Demographic and Health Survey)	40,10%
Proportion de la population utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide parmi la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide	68%	2012	DHS/DHS+ (Demographic and Health Survey)	62,70%

La proportion de population ayant dormi sous une MILDA a augmenté de 17 points en 4ans (4,25 points/an) contre 47 points attendus. Soit un peu plus du tiers de l'augmentation attendue a été réalisée.

La proportion d'enfants de moins de 5ans ayant dormi sous une MILDA a augmentée significativement de 22,20 points en 4ans (5,6 points/an) contre 43 points attendus. Soit un peu plus de 50% de l'augmentation attendue a été réalisée.

La proportion de population utilisant une MILDA parmi la population ayant accès à une MILDA a été régressé de 5,3 points contre une augmentation attendu de 12 points attendus.

- **Tendances des indicateurs de résultats et des cibles de la Lutte Anti Larvaire (LAL) et les implications programmatiques**

Bien qu'inscrites dans le document de politique et le plan stratégique, la LAL n'a pu être mise en œuvre faute de financements

#### Encadré 2 : Synthèse des résultats de terrain : volet LAV

##### Points forts

- De 2012 à 2015, 1 530 030 MILDA ont été distribuées en CPN/PEV dans les formations sanitaires et au cours des stratégies avancées.
- La couverture administrative des MILDA est de 100%.
- Au total, les 20 régions sanitaires, les 82 Districts sanitaires ont été approvisionnés en MILDA
- Une campagne de distribution de masse de MILDA conduite à l'échelle nationale en 2014-2015 a permis de distribuer 14 667 718 MILDA sur un besoin évalué de 15 678 666 MILDA après le dénombrement des ménages. Soit une performance de la distribution à 96%
- Avec 14 667 718 MILDA distribuées pour 26 054 296 personnes dénombrées, la Côte d'Ivoire a atteint en 2015, la couverture universelle grâce à cette campagne nationale de distribution à l'échelle des 82 districts sanitaires.

##### Points à améliorer

- Insuffisance de couverture en MILDA
- Existence de populations à risque non couvertes par la campagne de distribution de masse
- Insuffisance de remplissage des registres pour une meilleure documentation
- Insuffisance de couverture en MILDA

### 5.1.2 Facteurs facilitants et contraignants

#### ❖ Facteurs facilitants

- Engagement de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- Mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme ;
- Mise en œuvre des stratégies avancées dans les districts et les quartiers précaires ;

- Intensification de la communication au niveau des régions et districts sanitaires ;
- Prise en charge communautaire des cas de paludisme simple.

#### ❖ **Facteurs contraignants**

- Manque de financements pour la LAL ;
- Faiblesse dans la collecte/exploitation des données communautaires sur l'assainissement du cadre de vie.

### **5.1.3 Conclusion et recommandations**

#### ❖ **Conclusion**

Malgré les efforts réalisés, l'utilisation de la MILDA reste encore un défi à relever. La mise en œuvre des autres interventions de lutte anti vectorielles telles que la PID et LAL doit être encouragée.

#### ❖ **Recommandations**

- Mobiliser des ressources complémentaires pour la mise en œuvre des autres interventions de lutte anti vectorielle ;
- Encourager l'appropriation de la lutte anti vectorielle par les communautés ;
- Stratifier les interventions de lutte anti vectorielle sur la base du risque palustre ;
- Impliquer les guides religieux et les autres leaders communautaires dans la communication pour le changement de comportement ;
- Impliquer les groupements féminins dans les activités de suivi de l'utilisation des MILDA ;
- Renforcer la collaboration avec le secteur privé dans la distribution des MILDA.

## **5.2 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la Chimio prévention**

### **5.2.1 Résultats**

#### ❖ **Indicateurs de résultats et cibles de la chimio prévention**

La dispensation de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) est l'une des stratégies retenues par la Côte d'Ivoire pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte. Cette stratégie repose sur l'administration d'au moins 2 doses de SP..

La SP est dispensée gratuitement aux femmes enceintes à partir de la 16<sup>ème</sup> semaine de grossesse lors des CPN au niveau des formations sanitaires publiques ou à l'occasion de stratégies avancées. Les cibles fixées pour les indicateurs de résultat concernant la SP sont présentées comme suit:

- 80% des femmes enceintes vues en CPN reçoivent au moins deux doses de SP en Traitement Préventif Intermittent (TPI) selon les directives dans les structures de soins publics et en stratégies avancées ;
- 15% des femmes enceintes vues en CPN reçoivent au moins trois doses de SP en traitement préventif intermittent selon les directives dans les structures de soins publics et en stratégies avancées.

#### ❖ **Progrès des indicateurs de résultats de la chimio prévention dans le PSN**

**Tableau X: Taux de couverture en TPI de 2012 à 2015**

Couverture en TPI	2012	2013	2014	2015
TPI 1	59%	48%	57%	
TPI 2	46%	41%	41%	54%
TPI 3				11%

Le pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de SP est passé de 41% en 2013 à 54% en 2015, soit un gain de 13 points. Ce taux est cependant inférieur au résultat attendu qui est de 80%.

Selon les dernières recommandations de l’OMS relative, à l’introduction d’une troisième dose de la SP chez la femme enceinte, le PNLP s’est fixé une cible de 15% pour la première année de mise en œuvre. Les efforts consentis ont permis d’atteindre un taux de 11% en 2015 soit une performance de 73%.

**Tableau XII: Prévission et consommation de la SP de 2012 à 2015 ; % d’ESPC en rupture de stock de SP**

	2012	2013	2014	2015
<b>Prévission</b>	996 520	1 769 084	2 079 872	808 385
<b>Consommation</b>	1 530 222	743 464	1 343 729	1 451 327
<b>Nombre d’ESPC n’ayant pas signalé de rupture les 3 derniers mois</b>	1 653	1 478	1 808	1 533
<b>Nombre total d’ESPC ciblées</b>	2091	2091	2091	2091
<b>% d’ESPC n’ayant pas signalé de rupture les 3 derniers mois</b>	<b>79%</b>	<b>71%</b>	<b>86%</b>	<b>73%</b>

Au cours des 4 années de mise en œuvre du PSN, le pourcentage d’ESPC n’ayant pas connu de rupture de stock en SP pour le TPI chez les femmes enceintes varie annuellement de 71% à 86%.

**Encadré 3 : Synthèse des résultats de terrain : volet TPI****Points forts**

- 161 075 FE ont reçu le TPI2 entre 2012 et 2015 dans les DS ciblés pour la revue de terrain
- La couverture pour le TPI2 chez les femmes enceintes est passée de 46% en 2012 et 54% en 2015
- Au terme de la 1<sup>ère</sup> année d’adoption au niveau national de 3 doses de SP, 89 745 femmes enceintes ont reçu le TPI3 en 2015. La couverture en TPI3 est de 11%

**Points à améliorer**

- Faible taux de couverture en SP
- Insuffisance de la chaîne de distribution des TPI

**5.2.2. Facteurs facilitants et contraignants****❖ Facteurs facilitants**

- Formation des prestataires sur les directives du TPI ;
- Mise en œuvre des stratégies avancées ;

- Recherche active des perdus de vue ;
- Distribution gratuite des MILDA en CPN.
- ❖ **Facteurs contraignants**
- Recours tardif aux CPN ;
- Implication tardive du secteur privé lucratif dans la dispensation de la SP ;
- Non respect de la stratégie DOT dans les ESPC ;
- Insuffisance de matériel pour la mise en œuvre de la stratégie DOT dans les ESPC ;
- Rupture de stock en SP.

### **5.2.3 Conclusion et recommandations**

#### **❖ Conclusion**

Des progrès significatifs ont été obtenus dans la mise en œuvre du TPI chez les femmes enceintes, cependant des efforts restent à fournir pour relever le défi de la couverture universelle en SP chez la femme enceinte.

#### **❖ Recommandations**

- Renforcer la communication sur la CPN et le TPI à l'endroit des femmes enceintes et de leur conjoint ;
- Renforcer la sensibilisation des leaders communautaire sur l'importance des CPN précoces ;
- Renforcer la collaboration avec le secteur privé dans la mise en œuvre du TPI ;
- Intensifier les activités en stratégies avancées prenant en compte le TPI ;
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement de la SP à tous les niveaux ;
- Doter les ESPC de matériel pour la mise en œuvre de la stratégie DOT.

## **5.3 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la prise en charge des cas de paludisme**

### **5.3.1 Résultats**

#### **❖ Indicateurs de résultats et cibles de la prise en charge des cas**

Conformément aux directives de l'OMS, la confirmation biologique des cas présomptifs de paludisme est obligatoire avant la prescription de tout traitement antipaludique dans les structures sanitaires publiques, privées et dans la communauté.

Cette confirmation biologique se fait par la réalisation d'un Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme dans les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) publiques et privées et au niveau communautaire.

Les examens de la Goutte Epaisse (GE) et du Frottis Sanguin (FS) sont pratiqués au niveau des hôpitaux de référence, des structures privées et publiques disposant d'un laboratoire fonctionnel.

La politique de traitement du paludisme, conformément aux recommandations de l'OMS repose sur l'utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivé d'Artémisinine (CTA) dans les cas de paludisme simple.

Le schéma thérapeutique révisé en mai 2013 recommande en cas de paludisme simple confirmé, l'utilisation de l'une des combinaisons suivantes : artésunate + amodiaquine ou

artéméter + luméfantine en première intention. Ce schéma est appliqué dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté.

En ce qui concerne le paludisme grave, sa prise en charge se fait en milieu hospitalier dans les formations sanitaires de référence et dans les structures privées disposant d'un plateau technique adéquat. Le schéma adopté repose sur l'utilisation de l'Artésunate injectable ou la quinine injectable ou l'artéméter injectable.

Chez la FE en particulier, la quinine est préconisée quel que soit le type de paludisme et quel que soit l'âge de la grossesse. L'Artésunate injectable est recommandé à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse en cas de paludisme grave.

Les cibles des résultats attendus à fin 2015 étaient les suivants:

- au moins 100% des cas suspect de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques ont bénéficiés d'un examen biologique par la TDR ou la GE ;
- au moins 100% des cas suspect de paludisme vus dans les formations sanitaires privés ont bénéficiés d'un examen biologique par la TDR ou la GE ;
- au moins 100% des cas suspects de paludisme sont confirmés et 95% des cas positifs sont traités au niveau des formations sanitaires publiques conformément aux directives nationales ;
- au moins 100% des cas suspects de paludisme sont confirmés et 80% traités au niveau des formations sanitaires privées conformément aux directives nationales ;
- au moins 90% des structures de soins publics n'ont pas connues de ruptures en intrants de plus d'une semaine au cours des trois derniers mois pour le diagnostic et le traitement antipaludique.

### ❖ Progrès vers les indicateurs de résultats de la prise en charge des cas

**Tableau XII: Evolution des indicateurs de résultat de la prise en charge des cas de paludisme de 2012 à 2015**

	2012	2013	2014	2015
Nombre de cas suspects paludisme	2 795 919	4 688 789	5925051	6 213 349
Nombre cas testés par TDR	1854070	3503640	4904162	4264513
Nombre cas testés par GE	200866	901554	570003	824033
Total cas testés TDR+GE	2054936	4405194	5474165	5088546
Taux de confirmation * (% de cas testés)	73%	94%	92%	82%
Total TDR+GE positifs (Total confirmé)	1 308 830	2524942	3713310	3621539
Taux de positivité**	64%	57%	68%	71%
Nombre de cas notifiés	2 795 919	2524942	3713310	3 621 539

Nombre de cas de paludisme confirmés simple recevant un traitement correct selon le protocole national	1 860 825	2 519 911	3 713 310	3 615 280
--	-----------	-----------	-----------	-----------

Le taux de confirmation des cas testés est passé de 73% en 2012 à 82% en 2015. Le nombre de cas de paludisme simple confirmé recevant un traitement correct a doublé de 2012 à 2015. Cela s'explique par la mise à échelle des interventions.

**Tableau XIII: Prévission et consommation des TDR et CTA de 2012 à 2015 ; % d'ESPC en rupture de stock de TDR et CTA**

	2012	2013	2014	2015
<b>TDR</b>				
Prévission	942 353	8 391 835	11 472 894	6 507 248
Consommation	3 166 785	3 526 818	4 891 953	4 103 744
Nombre d'ESPC n'ayant pas signalé de rupture les 3 derniers mois	1 294	1279	1 593	1 535
Nombre total d'ESPC ciblées	2091	2091	2091	2091
% d'ESPC n'ayant pas signalé de rupture les 3 derniers mois	62%	61%	76%	73%
<b>CTA</b>				
Prévission	1 291 231	3 140 441	2 622 995	3 504 147
Consommation	3 166 785	2 999 681	3 425 706	4 223 615
Nombre d'ESPC n'ayant pas signalé de rupture les 3 derniers mois	1 644	1 714	1 733	1 631
Nombre total d'ESPC ciblées	2091	2091	2091	2091
% d'ESPC n'ayant pas signalé de rupture les 3 derniers mois	79%	82%	83%	78%

Le pourcentage d'ESPC n'ayant signalé de rupture en CTA a peu varié de 2012 à 2015. Le pourcentage d'ESPC n'ayant pas signalé de rupture en TDR a sensiblement augmenté passant de 62% en 2012 à 73% en 2015.

### ❖ Progrès de la mise en oeuvre de la pharmacovigilance

**Tableau XIV: Répartition des notifications d'évènements indésirables par type de prestataire**

	2014	2015
Professionnels de santé	17	20
Laboratoires pharmaceutiques	25	110
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>130</b>

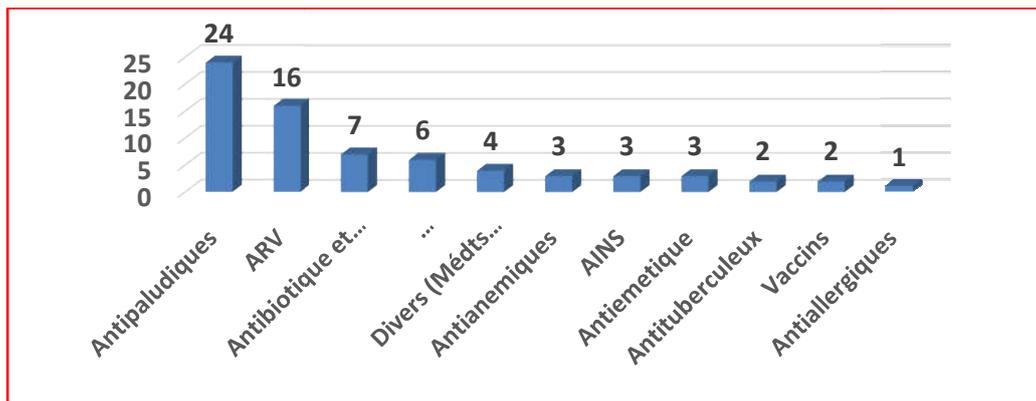


Figure 5: Répartition des événements indésirables notifiés par classe thérapeutique

Les notifications des événements indésirables selon les données de la DPML ont concernées toutes les classes thérapeutiques, cependant les antipaludiques sont représentés par une forte proportion.

#### Encadré 4 : Synthèse des résultats de terrain : volet diagnostic et traitement du paludisme

##### Points forts

- Les documents cadre sur la PEC du Paludisme sont disponibles au niveau des DRS et DDS;
- Les structures de santé fonctionnent selon les normes;
- Toutes les formations sanitaires visitées commandent et reçoivent les TDR lorsqu'ils sont disponibles;
- Tous les cas suspects de paludisme sont confirmés par les TDR/GE lorsqu'il y a disponibilité de TDR, de réactifs et de lames;
- Dans toutes les formations sanitaires (CSU, CSR, pour la garde), le diagnostic parasitologique se fait par TDR;
- Les CTA pour le traitement des cas de paludisme simple sont dispensés gratuitement dans 100% des ESPC lorsqu'il n'y a pas de rupture de stock.

##### Points à améliorer

- Les directives sont peu partagées ou pas affichés;
- Faible disponibilité des manuels et algorithmes;
- Faible taux de formation et de recyclage du personnel;
- Absence d'exemplaire des directives de lutte contre les vecteurs;
- Très peu de prestataires ont été formés dans les domaines suivants : PEC, diagnostic biologique, TPI, GAS;
- Absence de contrôle de qualité de GE au niveau des laboratoires;
- Les prestataires appliquent les directives mais ne disposent pas tous des supports (papier/électronique) des directives nationales de lutte contre le paludisme ;
- 100% des laboratoires ont connu en 2016 des ruptures de lames ;
- 100% des laboratoires visités se sont plaint de la qualité des réactifs pour la GE;
- Les TDR ne sont pas pratiqués dans les CHR et dans les HG.
- Tous les cas testés positifs ne bénéficient pas de CTA;
- Des ruptures de stock en CTA ont été constatées notamment l'Artéméter Luméfantrine dans la quasi-totalité des ESPC/Hôpitaux de référence.
- Les taux de létalité et de mortalité du paludisme et très élevé;
- Le nombre de cas de paludisme grave en admission est élevé;

### 5.3.2. Facteurs facilitants et contraignants

#### ❖ Facteurs facilitants

- Prestataires formés sur les directives et sensibilisés à la notification des événements indésirables ;
- Disponibilité des ressources pour la mise en œuvre de la pharmacovigilance ;
- Disponibilité des directives et des fiches de notification des événements indésirables ;
- Supervision des acteurs de terrain;
- Adhésion des prestataires et ASC aux directives de PEC ;
- Disponibilité des intrants (TDR et Réactifs pour GE) et des médicaments ;
- Adhésion de la communauté à la stratégie PECADOM.

#### ❖ Facteurs contraignants

- Rupture en TDR observée au niveau centra et au niveau périphérique (public, privé et communautaire) ;
- Difficulté d'approvisionnement et de gestion au niveau périphérique ;
- Absence de motivation des ASC;
- Retard dans l'achat et l'approvisionnement des laboratoires de référence en réactifs pour la GE ;
- Faible disponibilité des directives auprès de certains sites de mise en œuvre des activités ;
- Insuffisance de supervision des prestataires et des ASC ;
- Stockage inadéquat des intrants;
- Faiblesse dans la notification des événements indésirables;
- Faible communication autour de la pharmacovigilance ;
- Difficultés dans la remontée des fiches de notification au niveau central.

### 5.3.3 Conclusion et recommandations

#### ❖ Conclusion

Le renforcement de compétence des acteurs, la mise à disposition des outils de diagnostic et la mise en œuvre de la PCIME (Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) au niveau communautaire ont permis de confirmer les cas avant l'administration de traitement.

#### ❖ Recommandations

- Organiser régulièrement les activités de sensibilisation par les ASC ;
- Renforcer les capacités des acteurs du niveau opérationnel en estimation des besoins en antipaludiques et autres intrants ;
- Intensifier la sensibilisation des acteurs sur la pharmacovigilance ;
- Renforcer la communication autour de la pharmacovigilance ;
- Motiver les points focaux de pharmacovigilance à travers l'organisation d'ateliers semestriels en alternance avec les missions de coaching ;
- Impliquer les autres structures dans la transmission des fiches de notification ;
- Définir au plan national le statut des ASC ;
- Améliorer l'approvisionnement et la gestion des antipaludiques et autres intrants ;

- Procéder à des redéploiements de stock entre les structures pour assurer une meilleure disponibilité des antipaludiques et autres intrants ;
- Organiser des séances de coaching des pharmaciens des districts et des hôpitaux de référence par le pharmacien de région.

## **5.4 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la Gestion des Achats et Stocks (GAS)**

### **5.4.1 Résultats**

Pour assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme, il faut rendre disponible à toutes les couches de la population les antipaludiques et autres intrants de la lutte de qualité à un coût abordable. Les interventions proposées pour atteindre ce résultat portent sur:

- l'achat des antipaludiques et autres intrants par la NPSP ou les partenaires ;
- le stockage puis l'acheminement des produits et équipements médicaux dans les districts sanitaires par NPSP dans les 82 DS et autres clients directs selon un chronogramme mensuel pré établi ;
- le suivi de la gestion des intrants au niveau central par la NPSP en collaboration avec la Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments (CNCAM) et le PNLP ;
- L'intégration de l'évaluation de la gestion des intrants antipaludiques dans les activités de monitoring semestrielles et des réunions trimestrielles de validation des données ;
- La contractualisation avec les pharmaciens de district sanitaire pour le suivi de la consommation et le reportage des données sur les antipaludiques.

Les cibles des indicateurs de résultats de GAS étaient les suivants:

- Au moins 90% des formations sanitaires publiques n'ont pas connu de rupture de stock en CTA ;
- Au moins 90% des formations sanitaires publiques n'ont pas connu de rupture de stock en TDR ;
- Au moins 90% des formations sanitaires publiques n'ont pas connu de rupture de stock en MILDA.

### **❖ Progrès vers les indicateurs de résultats de GAS**

Tableau XV: Evolution des indicateurs de disponibilité des CTA et intrants de lutte contre le paludisme de 2012 à 2015

Indicateurs	2013			2014			2015		
	CIBLE	RESULTAT	%	CIBLE	RESULTAT	%	CIBLE	RESULTAT	%
<b>Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture de stock en CTA</b>	NA	NA	NA	60%	1733 ----- 2100	92%	70%	1754 ----- 2189	80%
<b>Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture de stock en TDR</b>	NA	NA	NA	60%	1593 ----- 2100	84%	70%	1508 ----- 2189	69%
<b>Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture de stock en MILDA</b>	NA	NA	NA	60%	1423 ----- 2100	75%	70%	1378 ----- 2189	63%

Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture eb CTA, TDR et MILDA est en moyenne de 70% . Ce resultat revele une faible disponibilité des intrants au site de prestations

#### 5.4.2. Facteurs facilitants et contraignants

##### ❖ Facteurs facilitants

- Disponibilité des antipaludiques et autres intrants au niveau central et intermédiaire ;
- Tenue des réunions trimestrielles de validation des données logistiques avec les pharmaciens de districts et d'hôpitaux ;
- Reproduction des outils de gestion des antipaludiques et autres intrants ;
- Création de la Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments essentiels et produits stratégiques en Côte d'Ivoire (CNCAM) ;;
- Approvisionnement régulier des DS et autres clients directs par la NPSP selon un chronogramme préétabli;
- Réhabilitation de 02 magasins de stockage à la NPSP ;
- Quantification des antipaludiques et autres intrants utilisés dans la lutte contre le paludisme basée sur les données de consommation ;
- Nomination de 20 pharmaciens de région pour le suivi de la gestion des produits de santé, la supervision des pharmaciens des DS et hôpitaux.

##### ❖ Facteurs contraignants:

- Absence de plan de moyens logistiques pour l'approvisionnement des ESPC ;

- Insuffisance de capacité du niveau périphérique en gestion des stocks ;
- Insuffisance d'espace au niveau périphérique pour le stockage MILDA ;
- Lourdeur dans l'exécution des plans d'allocation des intrants par la NPSP ;
- Forte augmentation de la consommation des TDR au dépend de la GE dans les Hôpitaux de référence ;
- Retard observé dans l'exécution du chronogramme de livraison de la NPSP ;
- Retard dans la reprise d'approvisionnement des structures sanitaires suite aux inventaires de fin exercice de la NPSP ;
- Retard dans la formation des pharmaciens de DS et d'hôpitaux aux procédures de gestion des antipaludiques et autres intrants ;
- Retard dans le feed back du PNLP aux DS et hôpitaux sur l'analyse de la gestion des antipaludiques suite aux réunions de validation des données.

### **5.4.3 Conclusion et recommandations**

#### **❖ Conclusion**

Les indicateurs de résultats du système GAS dans le PSN se sont améliorés pour les CTA de 2012 à 2015 avec une diminution des ruptures de stock.

Cependant des efforts restent à faire pour atteindre un niveau d'impact satisfaisant dans la chaîne d'approvisionnement. En effet des ruptures en CTA, TDR, SP et MILDA ont été observées. La nomination des pharmaciens de région et la création de la CNCAM sont des atouts sur lesquels le PNLP devra s'appuyer pour relever le défi de la chaîne d'approvisionnement et de la gestion des intrants.

#### **❖ Recommandations**

- Renforcer les missions d'évaluation et de contrôle de la gestion des antipaludiques et autres intrants au niveau périphérique (méthode ABC, Enquête EUV, supervision) ;
- Prévoir un appui logistique aux districts pour l'approvisionnement des ESPC et pour le redéploiement des stocks ;
- Former les pharmaciens de DS et d'hôpitaux aux procédures de gestion des antipaludiques et autres intrants ;
- Mettre à contribution les pharmaciens de région pour renforcer la gestion des intrants et la passation des commandes au niveau opérationnel avant leur transmission à la NPSP ;
- Rendre disponible les outils de gestion de stock dans toutes les structures de santé ;
- Améliorer les outils de collecte et d'analyse des données logistiques au cours réunions trimestrielles de validation ;
- Améliorer la mise en œuvre des activités de la NPSP en intégrant des avenants dans le cadre de collaboration MSHP/NPSP.

## **5.5 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la communication sociale et le changement de comportement (CCC)**

### **5.5.1 Résultats**

#### **❖ Indicateurs de résultats et cible de la CCC**

Pour une implication effective des parties prenantes dans la mise en œuvre de ce plan, 3 stratégies de communication ont été prévues. Il s'agit du plaidoyer pour le partenariat, de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) et de la mobilisation sociale et la participation communautaire.

Les cibles suivantes ont été retenues dans le PSN :

- 80% de la population est sensibilisée sur l'utilisation des services de santé afin de bénéficier des mesures de prise en charge (Diagnostic et PEC) ;
- 80% de la population utilise les mesures préventives (MILDA, TPI) ;
- 80% de la population connaît les causes, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme.

#### **❖ Progrès des indicateurs de résultats de la CCC**

- **Proportion de la population cible utilisant les mesures correctes de préventions et de lutte contre le paludisme**

Le taux d'utilisation des moustiquaires dans la population générale a augmenté de 17 points entre 2012 et 2015 passant de 33% à 50% et a atteint 64% en milieu rural.

Le taux d'utilisation des moustiquaires chez les enfants âgés de moins de 5 ans a augmenté de 22 points entre 2012 et 2015 passant de 37% à 59% et a atteint 70% en milieu rural.

Le taux de couverture des femmes enceintes par la SP2 est passé de 46% en 2012 à 54% en 2015.

- **Proportion de personnes dans la population cible touchée par les activités de CCC**

En 2013, selon le rapport de l'enquête Tracking Results Continuously (TRAC)

- 89,8% de la population de 18 ans et plus, a déjà entendu parler du paludisme ;
- 93,7% des personnes informées sur le paludisme savent que la cause est la piqûre de moustiques,
- 78,5% des personnes informées du paludisme ont identifié l'utilisation de la MILDA comme moyen de prévention.

#### **Encadré 5 : Synthèse des résultats de terrain : volet CCC**

##### **Points à améliorer**

- Il n'existe pas de personnel qualifié en charge de la communication dans les DS et dans les services;
- Insuffisance d'outils d'IEC et CCC;
- Le Personnel n'est pas motivé et pas d'outils de travail;
- Pas de plan de communication sur le paludisme;
- Insuffisance d'outils pédagogiques qui se résument dans la quasi-totalité aux affiches et dépliants.

## **5.5.2. Facteurs facilitants et contraignants**

### **❖ Facteurs facilitants**

- Implication des radios de proximité dans 80% des districts ;
- Implication de la Radio et la télévision nationale ;
- Implication du secteur privé dans la sensibilisation ;
- Implication des leaders communautaires et autorités administratives dans la sensibilisation ;
- Action des relais communautaires agissant pour le compte des partenaires de mise en œuvre.

### **❖ Facteurs contraignants**

- Insuffisance des ASC (50 ASC/district) sous contrat avec les SR communautaires pour la communication de proximité ;
- Insuffisance de recherche opérationnelle sur les déterminants de l'utilisation des moyens de prévention ;
- Poids de la tradition et des préjugés ;
- Insuffisance de financement pour la communication.

## **5.5.3 Conclusion et recommandations**

### **❖ Conclusion**

La population a une bonne connaissance du paludisme et de son mode de transmission (93,7%) ainsi que de la MILDA comme moyen de prévention (78,5%). Cependant le taux d'utilisation des mesures de prévention reste moyen malgré les efforts enregistrés entre 2012 et 2015.

### **❖ Recommandations**

- Assurer une couverture adéquate des districts en ASC pour la communication de proximité ;
- Réaliser des études sur les déterminants de l'utilisation des moyens de prévention par les populations ;
- Mobiliser des ressources financières additionnelles pour réaliser les activités planifiées ;
- Renforcer la communication de proximité par l'implication des leaders communautaires ;
- Explorer d'autres canaux de communication (sites web, écran publicitaire, transporteurs, réseaux sociaux, etc.).

## **5.6 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de préparation et de la riposte aux catastrophes**

### **5.6.1 Résultats**

#### **❖ Indicateurs de résultats et cibles de gestion des urgences et des catastrophes**

La transmission du paludisme étant stable en Côte d'Ivoire, le PSN 2012-2015 a mis le focus sur la gestion des catastrophes en appui au plan d'organisation des secours (ORSEC).

#### ❖ **Progrès des indicateurs de résultats de gestion des urgences et des catastrophes**

Deux situations d'urgences se sont présentées. Il s'agit de:

- Déplacés du mont Péko à l'ouest de la Côte d'Ivoire
- Déplacés de l'inondation de Grand Lahou en région cotière.

Pour ces 2 situations, des distributions ponctuelles de masse de MILDA et la PEC des cas en urgence ont été faites.

#### **5.6.2 Facteurs facilitants et contraignants**

##### ❖ **Facteurs facilitants**

- Disponibilité des MILDA;
- Disponibilité des antipaludiques et intrants de lutte contre le paludisme ;
- Mobilisation des autorités au niveau régional, départemental ;

##### ❖ **Facteurs contraignants**

- Inexistence de budget spécifique dédié à la gestion des catastrophes.

#### **5.6.3 Conclusion et recommandations**

##### ❖ **Conclusion**

Le paludisme sévit de façon endémique en Côte d'Ivoire, cependant les situations de catastrophes peuvent exposer les populations.

##### ❖ **Recommandations**

Prendre en compte du volet prévention et prise en charge du paludisme dans le plan ORSEC.

#### **5.7 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle (SS&E/RO)**

##### ○ **Résultats**

##### ❖ **Indicateurs de résultats et cibles de la SS&E/R**

Deux types de suivi des interventions de ce plan stratégique national étaient prévus :

- Suivi de la qualité des prestations ;
- Suivi de la qualité des données des indicateurs du Plan National de S&E.

Pour la qualité des données, trois principales stratégies de suivi ont été développées :

- Suivi intégré au système national d'information sanitaire (SNIS);
- Suivi à travers les sites sentinelles ;
- Suivi des activités ou prestations ponctuelles.

Les cibles des résultats retenus pour 2015 étaient les suivantes:

- Au moins 90% des réunions de coordination et de suivi soient organisées à tous les niveaux (ASC, ONG, DS) ;
- Au moins 80% des prestataires formés (Agents de santé ou ASC) soient supervisés ;
- Au moins 80% des structures sanitaires soient sans rupture de stock de CTA, SP et MILDA ;
- Au moins 90% des études, recherches-actions, et enquêtes planifiées soient réalisées conformément à la planification du manuel de S&E et les rapports soient diffusés ;
- 100% des ateliers de validation des données au niveau des régions soient réalisés ;
- 100% de complétude des rapports de supervision des districts sanitaires ;
- 100% de complétude des rapports trimestriels des données des districts sanitaires.

#### ❖ Progrès des indicateurs de résultats du SS&E/RO dans le PSN

Tableau XVI: Evolution des indicateurs de suivi et évaluation des activités

INDICATEURS	2013			2014			2015		
	Cible	Resultat	%	Cible	Resultat	%	Cible	Resultat	%
<b>Pourcentage de prestataires formés dans le secteur public Supervisés pendant I trimestre</b>	20%	1179 ----- 5829	20%	80%	3420 ----- 8244	41%	90%	2089 ----- 8244	25%
<b>Pourcentage de districts sanitaires soumettant dans les délais leur rapport trimestriel</b>	82	82	100%	90%	82	100%	90%	82	100%
<b>Pourcentage de districts sanitaires soumettant leur rapport trimestriel</b>	82	82	100%	90%	82	100%	90%	82	100%
<b>Nombre de bulletins trimestriels publiés par an</b>	NA	NA	NA	4	0	0%	4	0	0%
<b>Nombre d'études ou recherches action ou enquêtes réalisées</b>	NA	NA	NA	0	0	0%	7	7	100%

<b>Nombre d'ateliers de validation des données au niveau des régions soient réalisées</b>	NA	NA	NA	80	80	100%	80	80	100%
---	----	----	----	----	----	------	----	----	------

En 2015, la promptitude et la complétude des rapports ont atteint 100% des atteintes. De même 100% des études de recherche planifiées ont été réalisées.

- **Priorisation de la recherche opérationnelle**

De 2012 à 2015, au total 7 études ont été réalisées en collaboration avec les structures de recherche.

**Des études sur l'efficacité des CTA** recommandées par le PNLN ont été réalisées dans 3 sites sentinelles en 2012 et 3 autres sites sentinelles en 2013. Les résultats de ces études montrent une efficacité de l'ASAQ, protocole de 28 jours, allant de 99,3% après correction PCR chez 143 patients en 2012 à 100% après correction PCR, protocole de 42 jours, chez 182 patients en 2013.

Pour l'Artémether + Luméfántrine, l'efficacité est passée de 99,3% protocole de 28 jours, chez 146 patients, à 100% après correction PCR, protocole de 42 jours, chez 193 patients en 2013. En matière de tolérance, les 175 EI ont été rapportés avec en 2012 dont 121 avec l'ASAQ et 54 avec L'AL. En 2013, 324 EI ont été rapportés dont 220 avec l'ASAQ et 104 avec l'AL ([Yavo et al. 2015](#) ; [Offianan et al, 2014](#)).

Une étude sur la **tolérance de l'ASAQ Winthrop®** en situation d'utilisation habituelle a été réalisée dans 7 centres de santé dans 15 161 épisodes palustres simple. Il a été observé 2 545 EI (soit 13%) dont 929 EI ont été reliés à l'ASAQ Winthrop®. La majorité des EI étaient d'intensité légère ou modéré. Les EI sévères ont été observé dans moins de 0,4% des cas. Trois syndromes extrapyramidaux ont été également observés et ont motivés la modification de la notice de l'ASAQ Winthrop®. L'observance au traitement a été de 97,3% ([Assi et al., 2017](#)).

Ces résultats montrent que les deux CTA préconisées par le PNLN demeure efficace avec une tolérance acceptable qui n'a entrainer l'arrêt du traitement que dans moins de 2% des cas.

- L'étude sur la **résistance aux insecticides de *Anopheles gambiae s.s.***, vecteur majeur du paludisme en Côte d'Ivoire dans les 6 sites sentinelles a été réalisée en 2012.

Cette étude montre que le vecteur est résistant aux quatre classes d'insecticides (organochlorés, pyréthriñoïdes, carbamates avec une faible résistance aux organophosphorés).

Cette résistance ne met pas en cause l'efficacité de l'utilisation des MILDA ([MSHP, IPR/INSP, rapport d'enquête, 2013](#)).

- une étude sur l'évaluation de **l'efficacité résiduelle des MILDA** distribuées par le PNLN et utilisées par les populations, a été réalisée en 2012 au niveau des six sites sentinelles.

Elle a montré que après 12 mois d'utilisation en condition habituelle par les populations, les MILDA ont engendré des pourcentages de mortalité moyens de 97 sur l'ensemble des six sites en induisant des pourcentages de mortalité largement supérieurs au seuil d'exigences

de l'OMS (mortalité > 80% avec la souche sensible d'*Anopheles gambiae*). Ces résultats confirment l'efficacité des MILDA mises à al disposition des populations pour la prévention (MSHP, INHP, Rapport d'enquête, 2013).

- une **enquête de service de santé** a été réalisée en 2012. Cette enquête a montré que la morbidité palustre dans les structures de santé est de 32,65% avec un pourcentage de cas confirmés à 68,2% ; la couverture en SP dans les structures de santé varie entre 50% et 60% ; la sensibilisation sur le paludisme au cours des consultations est réalisée par 87,8% des prestataires ; taux d'application des directives qui est appréciable.

Ainsi, les usagers dans leur ensemble ont exprimé leur satisfaction face aux activités de prévention et de prise en charge du paludisme menées par les structures de santé (CRD, PNLP, Rapport d'enquête, 2013).

#### Encadré 6 : Synthèse des résultats de terrain : volet suivi et évaluation

##### Points forts

- Le système de rapportage et de gestion de données est en place

##### Points à améliorer

- Manque d'ordinateurs et de matériels pour l'archivage des données;
- Aucune analyse n'est faite aussi bien dans les ESPC que dans les hôpitaux de référence;
- Insuffisance dans l'archivage des rapports/données
- Le système d'assurance et qualité Fait défaut dans les laboratoires du CHR, HG
- Insuffisance de la qualité des données

#### 5.7.2. Facteurs facilitants et contraignants

##### ❖ Facteurs facilitants

- Existence d'une réunion de coordination semestrielle (Task Force) ;
- Disponibilité de financement pour les supervisions ;
- Ateliers de validation des données de morbidité et des données de consommation ;
- Réunion trimestrielle du Groupe Scientifique d'Appui (GSA) du PNLP ;
- Disponibilité des résultats des études à travers le colloque scientifique sur le paludisme ;
- Existence de financement ;
- Existence des sites sentinelles.

##### ❖ Facteurs contraignants

- Insuffisance de supervision des prestataires par les Equipes Cadre de District (ECD), malgré l'existence du financement ;
- Absence de moyens financiers pour l'adaptation des TIC dans le système de S&E ;
- Base de données sur les résultats de recherches sur le paludisme non mise à jour ;
- Implication partielle du secteur privé lucratif dans la mise en œuvre des activités ;
- Insuffisance des financements alloués à la recherche opérationnelle ;
- Procédures de sélection laborieuses n'ayant pas permis la mise en œuvre de certaines études dans la période prévue ;
- Insuffisance de notification des événements indésirables (EI) liés aux médicaments.

### 5.7.3 Conclusion et recommandations

#### ❖ Conclusion

Des progrès significatifs ont été obtenus dans la mise en œuvre des activités, cependant des efforts restent à fournir pour relever les défis liés au S&E et à la recherche.

#### ❖ Recommandations

- Doter le PNLP d'outil TIC (un serveur) pour l'amélioration de la gestion des données ;
- Améliorer la validation et la collecte des données ;
- Mettre à jour la base de données sur les résultats de recherches sur le paludisme ;
- Augmenter le financement alloué à la recherche ;
- Suiciter des consortiums thématiques ;
- Sensibiliser les prestataires à la notification des EI.

## 5.8 Fonctionnalité du système d'appui à la gestion du programme

### 5.8.1 Résultats

#### ❖ Disponibilité des documents de politique et directives

Au niveau national, il existe un cadre législatif à travers l'arrêté portant création, organisation et fonctionnement du PNLP (arrêté N°311 du 04 octobre 2007).

Le PNLP dispose d'un document de politique, d'un plan stratégique et de directives pour la lutte contre le paludisme.

#### ❖ Adéquation de la structure/système de gestion du programme

##### • Ancrage du PNLP dans l'organigramme du Ministère de la Santé

La lutte contre paludisme est une priorité pour le ministère en charge de la santé car elle est inscrite dans les différents plans nationaux. Par ailleurs, l'Etat de Côte d'Ivoire et ses partenaires ont contribué au financement des interventions du programme. La tendance à la hausse de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé au cours des cinq dernières années s'est ressentie également au niveau du programme national de lutte contre le paludisme. Comme tous les programmes de santé, le PNLP est directement rattaché à la Direction Générale de la Santé (DGS).

#### ❖ Disponibilité et viabilité de la gouvernance et de la coordination du programme

##### • Relations dans le département du Ministère en charge de la santé

- Faible intégration des activités avec les autres programmes du ministère en charge de la santé ;
- Insuffisance de Coordination interministérielle de la lutte contre le paludisme (Ministère de la salubrité urbaine, assainissement et environnement, santé des armées et de la police, agriculture, intérieur, etc) ;
- Déficit d'appropriation de la lutte contre le paludisme au niveau décentralisé

(conseils régionaux etc).

- **Mécanisme de suivi du programme**

- Réunions de la Direction de coordination du programme de façon hebdomadaire et mensuelle ;
- Task force semestrielle avec les DRS et les partenaires ;
- Réunion de validation des données dans les 20 régions ;
- Supervision intégrée semestrielle sous la direction de la DSCMPS ;
- Réunions trimestrielles avec les sous bénéficiaires et bénéficiaire principal communautaire.

- ❖ **Disponibilité et viabilité du mécanisme de coordination du partenariat et des donateurs**

- **Partenariat**

- La Task Force était le mécanisme de coordination avec les partenaires.

- ❖ **Livraison appropriée des intrants, des produits ou des services**

- Disponibilité d'un PSN actualisé ;
- Disponibilité d'un Plan d'Action Opérationnel Annuel ;
- Disponibilité d'un plan M&E et de directives de mises en œuvre actualisées.

**Encadré 7 : Synthèse des résultats de terrain : volet gestion du programme niveau périphérique**

**Points forts**

- Tous les partenaires de soins disent avoir accès aux données et directives sur la lutte contre le paludisme dans le pays ;
- 75% des structures de recherche disent avoir accès aux données et directives sur la lutte contre le paludisme dans le pays ;
- 89% (8/9) des régions disposent des directives ;
- 78% (7/9) des directives sont disponibles dans les DDS ;
- 33% (3/9) des structures sanitaires enquêtées disposent des directives

**Points à améliorer**

- 71% des prestataires chargés d'appliquer les directives ne sont pas formés.

### **Points forts**

- Toutes les structures clés du ministère en charge de la santé (100%) estiment que la lutte contre le paludisme est une priorité pour le pays ;
- 83% des autres services gouvernementaux interviewés estiment que le paludisme représente un programme prioritaire ;
- 92% des organisations de la société civile estiment que la lutte contre le paludisme représente une priorité pour la Côte d'Ivoire ;
- 100% des institutions de recherche estiment que la lutte contre le paludisme représente une priorité pour la Côte d'Ivoire ;
- 100% des partenaires estiment que la lutte contre le paludisme représente une priorité pour la Côte d'Ivoire.

#### **Encadré 9 : Synthèse des résultats de terrain : volet gestion du programme niveau partenaire**

### **Points forts**

- 67% des partenaires multilatéraux et bilatéraux interrogés affirment avoir prévu réaliser des études ou des recherches sur le paludisme dans un proche avenir ;
- 42% des structures interrogées dans la société civile affirment avoir prévu réaliser des études ou des recherches sur le paludisme dans un proche avenir ;
- Toutes les structures interrogées affirment avoir prévu réaliser des études ou des recherches sur le paludisme dans un proche avenir
- Appui technique et financier provenant des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

## **5.8.2. Facteurs facilitants et contraignants**

### **❖ Facteurs facilitants**

- Existence d'un PSN ;
- Existence d'une plateforme d'échange avec les partenaires et les sous bénéficiaires.

### **❖ Facteurs contraignants**

- Long délai de stockage des documents normatifs au niveau du PNLN avec retard de diffusion aux partenaires et parties prenantes ;
- Inexistence d'une cartographie des partenaires de la lutte contre le paludisme ;
- Insuffisance de diffusion des directives nationales dans certains secteurs privés non affiliés à la CECI et ACPCI et des officines de pharmacie ;
- Insuffisance de collaboration avec les tradi-praticiens de santé pour la sensibilisation sur les activités de prévention et de prise en charge des cas ;
- Insuffisance d'intégration des aspects genres et équité dans les activités de formation, activités communautaires ;
- Insuffisance de directives relatives à l'assurance ou le contrôle qualité des intrants dans le document de politique nationale ;

- Insuffisance d'information sur les mécanismes de suivi de l'application des directives dans le secteur privé et communautaire ;
- Exiguïté du cadre de travail de plus en plus contraignante pour une efficacité du PNLP ;
- Absence de local dédié à la Direction de coordination du PNLP ;
- Insuffisance dans la collaboration avec les autres secteurs de développement ;
- Insuffisance du financement alloué aux activités de lutte contre le paludisme (9%).

### **5.8.3 Conclusion et recommandations**

#### **❖ Conclusion**

La lutte contre le paludisme est reconnue comme une priorité de développement par l'ensemble des acteurs et des partenaires. Bien qu'il existe des documents stratégiques pour mener à bien cette lutte, on note une faible intégration des activités avec les autres programmes du ministère en charge de la santé, une insuffisance de Coordination interministérielle de la lutte contre le paludisme (Ministère de la salubrité urbaine, assainissement et environnement, santé des armées et de la police, agriculture etc, intérieur) et une faible appropriation de la lutte contre le paludisme au niveau décentralisé se traduisant par faibles diffusion des directives et faibles coordination de la lutte au niveau opérationnelle.

#### **❖ Recommandations**

- Assurer la distribution avec accusé de réception des normes et directives au cours ;
- Former les prestataires sur les directives de prise en charge avant leur mise en fonction dans les établissements ;
- Actualiser l'organigramme du PNLP lors de l'élaboration du nouveau PSN ;
- Elaborer une cartographie des parties prenantes de la lutte contre le paludisme ;
- Faire le plaidoyer auprès des autorités et des partenaires pour la construction d'un siège pour le PNLP.

## **CHAPITRE 6: IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES DES LECONS APPRISES LORS DE LA MISE EN OEUVRE DU PSN 2012-2015**

### **6.1 Leçons apprises de la mise en œuvre du PSN 2012-2015 (AIDE MEMOIRE<sup>o</sup>)**

- ❖ Le recours sans délai aux autorités hiérarchiques en cas de goulots d'étranglements permet la prise de décision efficace et prompte.
- ❖ Le renforcement de la communication en amont, pendant et après les interventions avec les parties prenantes permet la réussite.
- ❖ La mise à niveau des prestataires sur les directives de prise en charge en insistant particulièrement sur la prescription des deux formes de CTA (ASAQ/AL) afin de maintenir les performances du programme
- ❖ Le renforcement de la coordination entre la NPSP et le PNLP sur la gestion des stocks suivi de supervisions régulières dans les districts sanitaires permet d minimiser les ruptures et les sur stocks

- ❖ Conférer la gestion financière des missions de validation de données aux gestionnaires des districts pour faciliter une meilleure focalisation des experts programmatiques sur la vérification et la consolidation des données.
- ❖ intensifier la communication sur la gratuité des intrants et médicaments dans le but de contribuer à améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé et des MILDA par les populations.
- ❖ Le processus de validation conjointe des termes de référence des activités en début de subvention facilite la mise en œuvre.
- ❖ La fonctionnalité effective du comité de pilotage de la campagne de distribution des MILDA regroupant toutes les parties prenantes au plus haut niveau assure la mise en œuvre optimale
- ❖ La contractualisation avec le secteur privé notamment les transporteurs pour l'approvisionnement des sites de distribution de MILDA est un facteur clé de réussite pour la distribution des moustiquaires aux bénéficiaires ;
- ❖ L'institution d'une émission télévisée sur la chaîne nationale (dénommée petit à petit) sur le paludisme contribue à sensibiliser les écoliers et la population en général à la prévention et la connaissance de la maladie
- ❖ L'organisation tous les 2 ans d'un colloque scientifique sur le paludisme contribue au partage des connaissances des résultats de la recherche
- ❖ La mise en œuvre des stratégies avancées et la prise en charge du paludisme dans les quartiers précaires permettent d'atteindre les populations les plus démunies et situées à plus de 5 km d'un centre de santé

### **6.3 Orientations stratégiques futures (nouveau PSN 2016-2020)**

Au terme de la revue du programme, les parties prenantes ont recommandé les orientations stratégiques suivantes :

- ❖ Lutte anti vectorielle
  - Maintenir les stratégies de LAV mises en œuvre (MILDA, assainissement,...)
  - Etendre la cible de la distribution de routine aux enfants de 1 à 5 ans
  - Mettre à échelle les campagnes de dé-moustication
  - Accès universel aux MILDA en ce qui concerne la couverture et l'utilisation
  - Renforcer les mesures de prévention à travers la mise en œuvre de la PID et de LAL dans les districts prioritaires
- ❖ Chimio-prévention
  - Intensifier le TPI à travers les stratégies avancées et la recherche des pertes de vue
  - Promouvoir la stratégie DOT dans le cadre du TPI
  - Renforcer la sensibilisation des femmes enceintes sur l'importance des CPN
  - Intégrer les indicateurs sur le TPI dans ceux du PBF
  - Assurer un accès universel au TPI et à la SP en ce qui concerne la couverture.
- ❖ Prise en charge des cas
  - Accès universel pour la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires publiques et privées lucratives ou non
  - Atteinte de la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement) au niveau de toutes les structures sanitaires publiques et privées
  - Rapprocher les structures de soins des populations vulnérables
  - Passage à échelle de l'iCCM pour atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans la communauté chez les enfants de moins de 5 ans.
  - Renforcer le système national de pharmacovigilance

- Atteindre le chiffre de 0 rupture en médicaments et Intrants de Lutte contre le Paludisme (ILP)
  - ❖ Communication sociale pour le changement de comportement (CCC)
    - Utiliser les autres canaux de communication (réseaux sociaux, écrans publicitaires,...)
    - Rechercher le financement auprès des collectivités locales pour soutenir l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le paludisme.
    - Mettre à échelle la sensibilisation sur le paludisme dans le milieu scolaire
  - ❖ Surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle
    - Systématiser tous les 2 ans des enquêtes sur la RO
    - Initier des études sur les nouvelles méthodes de lutte contre le paludisme
    - Evaluer in vitro des antipaludiques et l'étude des marqueurs de résistance (DHFR, DHPS, K13 Propeller,...)
    - Instituer un contrôle de qualité des TDR sur toute la chaîne d'approvisionnement
    - Initier des études CAP des usagers sur l'utilisation des ILP
    - Renforcer le système de S&E y compris le suivi de l'efficacité thérapeutique, la pharmacovigilance et le suivi de la résistance
  - ❖ Gestion du programme
    - Auto évaluation du programme
    - Accroître le parc auto
    - Identifier un local approprié
    - Prévoir les cas de forces majeures dans la mise en œuvre des activités
    - Intégrer dans le RSS, un plan de motivation des ressources humaines
    - Création d'antennes PNLN dans les régions
    - Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs de lutte contre le paludisme

### 6.3 Recommandations

- ❖ **Progrès vers l'impact sur les cibles épidémiologiques et entomologiques du PSN**
  - Intensifier les stratégies développées sur la période 2012-2015:
    - Prévention par MILDA (routine chez enfants moins d'un an et FEE dans les secteurs publics et privés; campagne de masse)
    - Diagnostic par TDR et GE dans les secteurs publics et privés non lucratif
    - Prise en charge paludisme dans les secteurs publics et privés non lucratif
    - Plaidoyer et IEC/CCC: masse; proximité
    - Gestion des achats et des stocks
    - Suivi & Evaluation
    - Gestion de la Subvention
  - Mettre en œuvre les stratégies planifiées et non développées sur la période 2012-2015: PID et LAL
  - Etendre l'iCCM aux 83 districts y compris les quartiers précaires d'Abidjan et San-Pédro

- Etendre l'implication des structures privées autorisées et non affiliées à l'ACPCI dans les activités de distribution des MILDA et de dispensation de la SP ainsi que dans l'application des directives nationales de prises en charge des cas

- Développer une approche stratifiée dans la mise en œuvre des interventions de lutte axées sur la classification de la prévalence

#### ❖ **Financement du programme national de lutte contre le paludisme**

- Faire un plaidoyer pour l'accroissement du financement de l'Etat
- Organiser une table ronde biennale pour la mobilisation de nouveaux financements : PMI, secteur privé (minier, agro-alimentaire.....)
- Valoriser les apports du secteur privé dans le partenariat public-privé avec le PNLP
- Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales pour le partage des coûts pour certaines activités (location de salle, stockage, transport, sécurité...).

#### ❖ **Capacités du PNLP à mettre en œuvre les activités planifiées**

- Organiser des sessions conjointes PNLP, SR, Service Juridique MSHP et FM pour la validation des conventions et cadres de collaboration dès la signature des subventions
- Renforcer les ressources humaines du PNLP: recruter 1 gestionnaire de données, 1 Entomologiste et 1 spécialiste logistique
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation du personnel PNLP (fonctionnaires et contractuels)
- Créer des antennes PNLP au niveau des régions sanitaires
- Rendre fonctionnel les Points focaux du PNLP dans les Districts : (note officielle, cahier de charge, motivation périodique, moyen de déplacement)
- Renforcer le parc auto du PNLP

#### ❖ **Contrôle des vecteurs**

- Etendre la distribution de MILDA en routine aux enfants de 1 à 5ans
- Réviser les directives concernant les insecticides à homologuer en Côte d'Ivoire
- Réaliser des études permettant de cartographier les gîtes larvaires et les vecteurs
- Développer les activités de PID et LAL

#### ❖ **Prévention du paludisme chez la femme enceinte**

- Impliquer davantage les groupements de femmes dans le suivi de l'utilisation du TPI chez les FEE
- Promouvoir les CPN précoces pour l'amélioration de la couverture en SP3 chez les femmes enceintes
- Réaliser les recherches opérationnelles sur les déterminants de la faible utilisation des MILDA et du TPI

#### ❖ **Diagnostic et du traitement des cas de paludisme**

- Mettre à niveau les formateurs de l'INFAS sur les directives de prise en charge du paludisme
- Organiser des sessions de formation des nouveaux agents de santé sur les directives de prise en charge du paludisme
- Impliquer les acteurs du secteur privé non lucratif dans la mise en œuvre des stratégies avancées dans les localités situées à plus de 5km d'une FS

- Renforcer la couverture en ASC pour la mise en œuvre intégrée des activités de prise en charge à domicile
- Former les acteurs des officines privées pour l'application des directives nationales et la collecte des données sur les cas traités

#### ❖ **Gestion des Achats et des Stocks (GAS)**

- Maintenir la quantification des besoins en intrants en se basant sur les données de consommation
- Externaliser à travers la contractualisation avec NPSP, les services de connaissance, réception au port, enlèvement et dépotage des intrants et médicaments commandés par VPP
- Prévoir 1% du budget GAS en vue de renforcer les activités de suivi de la chaîne d'approvisionnement et d'approvisionnement d'urgence en intrant
- Doter les Districts de fourgonnettes pour le transports des intrants et médicament des districts vers les ESPC

#### ❖ **Plaidoyer, mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement**

- Intensifier les stratégies de communication
- Actualiser les outils de communication en fonction des nouvelles directives qui seront adoptées
- Intégrer les activités d'IEC/CCC dans les milieux professionnels à travers l'intégration des activités de lutte contre le paludisme aux cahiers de charge des unités de lutte contre le VIH
- Etendre les activités d'IEC CCC dans les écoles et universités

#### ❖ **Préparation et riposte contre les épidémies de paludisme**

- Mobiliser les ressources pour les achats en intrants et médicaments pour assistance en cas de situation d'urgence

#### ❖ **Surveillance, Monitoring et Evaluation**

- Adopter un cadre de performance par région et par district émanant du cadre de résultat du PSN
- Rendre fonctionnel les 12 sites sentinelles
- Conduire une enquête sur les déterminants de la préférence des prescripteurs des CTA
- Externaliser à la DIIS toutes activités de S&E non spécifiques au PNLP
- Allouer 7-10% du budget au S&E du PSN
- Contractualiser la diffusion des outils et documents normatifs produits par le PNLP
- Adopter le Groupe Scientifique d'Appui comme SR pour la mise en œuvre des enquêtes et études classiques du PNLP
- Prendre en compte la recherche opérationnelle
- Conduire des enquêtes entomologiques

### ❖ **Fonctionnalité de la gestion du programme**

- Faire un plaidoyer auprès du MSHP pour la construction d'un siège pour le PNLP
- Réviser l'arrêté portant attribution, organisation et fonctionnement du PNLP en vue d'intégrer le service GAS
- Réviser le document de politique nationale ainsi que les directives nationales en ligne avec les nouvelles recommandations de l'OMS 2016

### ❖ **PSN 2016-2020**

- Redéfinir lors de l'élaboration du nouveau PSN : La vision, la mission et les principes du PNLP en tenant compte de la vision mondiale

## **REFERENCES**

## **ANNEXES**